This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

BOSTON
MEDICAL LIBRARY

IN THE
Francis A. Countway
Library of Medicine
BOSTON

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE
MÉDICO-CHIRURGICALE

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES
fondé en 1833 par le Professeur TROUSSEAU

—

1902

69e ANNÉE

Revue de Thérapeutique

MÉDICO-CHIRURGICALE

Journal des Connaissances Médico-Chirurgicales, fondé en **1833** par le Professeur TROUSSEAU

COMITÉ DE DIRECTION

Prof. **BOUCHARD**
Membre de l'Institut.
Médecin de l'hôpital de la Charité.

Prof. **GUYON**
Membre de l'Institut.
Chirurgien de l'hôpital Necker.

Prof **LANNELONGUE**
Membre de l'Institut.
Chirurgien de l'hôpital Trousseau.

Prof. **LANDOUZY**
Membre de l'Académie de Médecine.
Médecin de l'hôpital Laennec.

Prof **FOURNIER**
Membre de l'Académie de Médecine.
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

RÉDACTION

Dr **BENOIT**, ex-interne des hôpitaux.
Dr **BERNE**, ex-interne des hôpitaux
Dr **BLONDEL**, chef de lab. à la Charité.
Dr **CHASSEVANT**, prof. agr. à la Faculté
Dr **CHEVALIER**, chirurgien des hôpitaux.
Dr **COURTADE**, anc. int. des hôpitaux.
Dr **DEMELIN**, accoucheur des hôpitaux.
Dr **KOPFF**, ex-président de la Soc. d'opht.
Dr **LESAGE**, médecin des hôpitaux.
Dr **LYON**, ex-chef de clinique de la Faculté.
Dr **MOREL-LAVALLÉE**, méd. des hôp
Dr **SAINTON**, ch. de cliniq. de la Faculté.
Dr **SOUPAULT**, médecin des hôpitaux.
Dr **THIERCELIN**, ch. de cliniq. de la Fac.
Dr **VOGT**, ex-assistant de la Fac. de Genève.

Dr **BERINI**. — Dr **PERCIVAL**. — Dr **ROUBLEFF**. — Dr **WYBAUW**

Revue des Publications étrangères.

Rédacteur en Chef : Dr **RAOUL BLONDEL**

Chef de Laboratoire à la Charité, Lauréat de la Faculté, Secrétaire général-adjoint de la Société de Thérapeutique.

Secrétaire de la Rédaction : Dr **E. VOGT**

Ex-assistant de la Faculté de Genève, Secrétaire de la Société de Thérapeutique.

Abonnements et vente au numéro :
Librairie FELIX ALCAN, 108, boulevard St-Germain

Rédaction :
8, rue de Castellane

Abonnements : FRANCE, **12** fr. — ÉTRANGER, **13** fr.

Publicité :
80, rue Taitbout

1902

PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER-BAILLIÈRE ET Cie
FÉLIX ALCAN ÉDITEUR
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1902

Tous droits réservés.

BOSTON MEDICAL
JUN 29 1903
LIBRARY.

CATALOGUED
JUN 29 1903
E. H. B.

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUN 29 1903

7380

TRAVAUX ORIGINAUX

LES INJECTIONS MERCURIELLES DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

par le Pr Alfred Fournier (1)

1° Méthode des injections fréquentes

(*Suite*)

Ai-je à vous dire comme préambule quel conflit d'opinions a suscité et suscite encore aujourd'hui la méthode en question ? Les uns l'ont exaltée avec enthousiasme, en la proclamant « bonne à tout », voire « supérieure à tout autre mode d'administration du mercure ». D'autres l'ont estimée bien moins haut. A leurs yeux, elle ne constituerait qu'un « simple procédé de mercurialisation, procédé qui en vaut peut-être un autre, mais qui ne vaut guère mieux que tel ou tel autre ». D'autres l'ont rejetée absolument, la condamnant en principe, et ne consentant tout au plus à l'agréer qu'au titre d'une sorte de pis-aller, d'une « méthode d'exception à réserver pour des cas d'exception ». Et ainsi de suite.

Le temps et l'expérience ont émoussé peu à peu ces dissidences aiguës, en faisant justice de ce qu'avaient d'exagéré les appréciations contradictoires que je viens de rappeler. Progressivement la vérité s'est dégagée sur nombre de points, et voici où en sont les choses quant à présent.

D'abord, il n'est pas contestable que la méthode des injections quotidiennes ne soit douée d'une action antisyphilitique réelle et puissante. On l'a vue exercer sur nombre de manifestations de la syphilis une action curative absolument irrécusable.

A priori, ce résultat était facile à prévoir. Car, administré de n'importe quelle façon, le mercure est toujours le mercure et doit toujours réagir sur les accidents de la syphilis suivant le mode qui lui est propre.

A posteriori, ce résultat est avéré. Le contester serait aller à l'encontre de milliers

(1) Leçon professée à la clinique de la Faculté, hôpital Saint-Louis, le 6 décembre 1901, revue par le professeur. (*V. n° 24, 1901*).

d'observations recueillies par des médecins éminents, judicieux, impartiaux et recueillies de tous côtés, dans tous les pays du monde.

Si bien qu'aujourd'hui besoin n'est plus d'en appeler, pour légitimer ce fait, à des observations particulières. L'énoncer suffira.

Aussi la question n'est-elle plus de savoir si le mercure administré de la sorte peut exercer une action curative sur la syphilis, mais bien de déterminer si ce mode d'administration *est ou non préférable* à d'autres.

Ce dernier point seul doit nous occuper.

S'il fallait en croire certains observateurs, la méthode en question ne serait digne rien moins que du premier rang. Ne l'a-t-on pas en effet déclarée « parfaite, irréprochable, susceptible de réaliser ce qu'aucune autre n'est capable de faire », bref, supérieure à toute autre, voire « incomparable »? Et, comme vraiment vous pourriez croire que j'exagère, écoutez ceci :

« Les injections hypodermiques, a dit l'un des partisans de la méthode, constituent le *meilleur* mode d'administrer les préparations mercurielles... Avec elles on n'a plus à redouter aucun des accidents que développe fréquemment le mercure... Avec elles tout accident syphilitique, quelle que soit sa gravité, son étendue, est enrayé rapidement... A l'aide de ce moyen, le médecin *ne craint plus les manifestations de la syphilis* (!)... Aucune autre méthode ne peut lui être préférée et comparée... » — Et ailleurs : « ... Cette méthode s'impose; et je vais plus loin, le médecin chargé d'un service nosocomial serait *blâmable de ne pas l'adopter* ».

Et, à l'appui de son dire, le regretté collègue auquel est empruntée une bonne part de ce qui précède citait des cas non moins extraordinaires de syphilis cérébrale guérie par dix injections, de scléro-chroroïdite guérie en cinq jours, de paralysie générale guérie, etc., etc...

Ce n'étaient là — est-il besoin de le dire? — que des illusions, dont l'expérience et e temps firent bientôt justice. Et, en effet, une observation moins enthousiaste, plus patiente et conséquemment plus clairvoyante, ne tarda guère à démontrer que la méthode en question n'est pas douée de cette action quasi-miraculeuse dont on l'avait imprudemment dotée. Bien malheureusement non, elle ne réalise pas de tels prodiges. Sur ce point encore, comme sur le précédent, inutile de citer des pièces à conviction et d'insister sur une démonstration qui n'est plus à faire.

Il y a plus même. Divers arguments sur lesquels on s'était fondé pour proclamer ce qu'on appelait la « supériorité de la méthode » par rapport à tous les autres modes de mercurialisation, ont été avec le temps ramenés à leur juste valeur et considérés comme illégitimes ou insignifiants. Au hasard je citerai les deux suivants, qui longtemps furent présentés comme des titres de haute recommandation en faveur de ladite méthode.

1° C'est une méthode, affirmait-on, à laquelle d'abord revient le grand mérite d'*abréger le séjour des malades dans les hôpitaux*. Ainsi Lewin, qui a beaucoup insisté sur ce point, prend soin de nous informer qu'à l'hôpital de la Charité, à Berlin, les malades traités par les anciennes méthodes séjournaient pendant dix semaines en moyenne pour accomplir leur cure, tandis qu'avec la méthode nouvelle la durée moyenne de séjour à l'hôpital s'est abaissée à quatre semaines.

Eh bien, répondrai-je, qu'est-ce que cela prouve ? En quoi les malades d'aujourd'hui sont-ils mieux guéris de leur syphilis, après leurs quatre semaines de séjour à l'hôpital, que ne l'étaient les malades d'autrefois après leur hospitalisation de dix semaines ? Pour

tout médecin qui apprécie de sang-froid les données de telles statistiques, il n'est qu'une déduction à en tirer, à savoir : que bien certainement, les malades d'autrefois sortaient de l'hôpital *non guéris* de leur syphilis, malgré leurs dix semaines de traitement, et que non moins sûrement, ceux d'aujourd'hui en sortent, après 28 jours, en semblable état de *non-guérison.*

2° Autre raison de même ordre : « Avec les méthodes anciennes, nous dit-on, les *récidives* après traitement se produisaient dans la proportion de 80 0/0 ; — tandis qu'avec la méthode nouvelle elles sont descendues à une moyenne de 40 0/0. »

Eh bien, sur ce point, je n'hésiterai pas encore à répondre ceci aux auteurs d'un tel argument : Vos statistiques anciennes et vos statistiques nouvelles sont également mauvaises, les unes et les autres. Car, si elles étaient bonnes, ce n'est ni 80 fois pour 100 ni 40 fois pour 100 qu'elles auraient noté des récidives, mais bien 100 fois sur 100, ou bien peu s'en faut. Et, en effet, est-ce qu'on jugule la syphilis par un traitement quelconque ? Est-ce que, sauf exceptions rares, une syphilis même bien traitée, même le plus énergiquement traitée, ne se traduit pas toujours par quelque manifestation ultérieure, que (très improprement, d'ailleurs) on qualifie du nom de « récidive » ?

J'abrégerai cette discussion, et pour cause. Car à quoi bon raisonner dans le vide ? D'une façon générale, toutes les statistiques que l'on a produites relativement aux résultats de la méthode sont frappées d'un vice rédhibitoire, en ce qu'*elles n'ont jamais porté que sur une courte étape d'une longue maladie.* On observe quelques semaines ou quelques mois un malade traité par le système des injections ; ce malade sort de l'hôpital en bon état, et l'on conclut de là à la « supériorité » de la méthode ! Mais qu'est-il advenu de ce malade ultérieurement, un an, deux ans, dix ans plus tard ? On ne s'en préoccupe pas ; cela ne fait pas question. On a effacé des accidents (et encore quels accidents ?) dans un délai que l'on juge relativement court ; c'en est assez ; cela suffit à proclamer la méthode non pas seulement efficace, mais « supérieure à toute autre » !

C'est sur un tel schéma — je n'exagère en rien, je vous l'affirme, — que sont calquées à peu près toutes les observations dont on s'est autorisé pour affirmer l'excellence de la méthode en question.

Or, de tels faits se compteraient-ils par milliers (comme c'est le cas d'ailleurs actuellement) qu'ils n'en resteraient pas moins sans valeur pour la démonstration qu'on a prétendu en tirer. Car, ainsi que l'a très bien dit M. Mauriac, ils n'embrassent qu'une période trop courte et de la vie du malade et même de l'évolution morbide pour avoir une signification de quelque importance. Seules seraient probantes en l'espèce des observations de longue haleine, nous montrant à dix, quinze, vingt ans de distance, ce que sont devenus les malades traités par le système des injections. Mais des observations de ce genre restent encore à voir le jour.

Patience ! nous dit-on à ce point de la discussion. La méthode hypodermique est toute jeune encore relativement surtout aux méthodes rivales (frictions, ingestion) qui comptent quatre siècles derrière elles, et l'on ne saurait exiger d'elle ces preuves « de longue haleine » que vous réclamez. — Soit ! répondrai-je ; mais alors, pourquoi attribuer à cette méthode des résultats que, chronologiquement, elle n'est pas en état de fournir ?

Et de même pour d'autres arguments analogues qu'il serait vraiment superflu de reproduire.

En sorte que la prétendue supériorité qu'on avait trop facilement revendiquée pour la méthode ne se trouve en rien légitimée. C'était là une légende des premiers jours, à laquelle il a fallu renoncer.

D'autant que, d'autre part, des faits contradictoires n'ont pas laissé de se produire. Ainsi, tout d'abord, la méthode n'avait compté que des succès. Mais, avec le temps et l'expérience, il a fallu en rabattre. Tant que l'on n'avait appliqué le système des injections qu'au traitement des cas secondaires, c'est-à-dire de manifestations spécifiques relativement légères et bénignes, spontanément résolutives pour la plupart ou facilement curables, on n'avait eu à enregistrer que des bulletins de victoire. Mais, alors qu'on s'est attaqué à des accidents d'étapes plus avancées, accidents plus sérieux, plus profonds et plus résistants, on a vu la méthode faiblir, j'entends se montrer bien moins active, moins puissante, moins certaine dans ses résultats. L'heure des échecs avait sonné. C'est là, par exemple, ce dont Liégeois a témoigné l'un des premiers, en disant avec sa sincérité de scrupuleux observateur que « les éruptions ulcéreuses se montrent bien plus rebelles au système des injections que les formes éruptives simplement papuleuses ou squameuses. » Et depuis lors nombre de cliniciens sont venus déposer dans le même sens.

Conséquemment, vous le voyez, au fur et à mesure que les observations se sont multipliées, la vérité s'est peu à peu dégagée sur le compte de la méthode, en se substituant aux illusions premières. Or, cette vérité, telle du moins qu'elle nous apparaît aujourd'hui, me semble pouvoir se résumer de la façon suivante :

Oui, très certainement, la méthode des injections quotidiennes constitue une médication active contre un certain nombre d'accidents d'ordre syphilitique.

Mais, très sûrement aussi, ce n'est pas une médication qui puisse être dite particulièrement et puissamment active; encore moins, ce n'est pas une méthode qui mérite d'être considérée comme supérieure à toute autre en tant qu'intensité thérapeutique.

M'est avis en définitive que la note juste, exacte, serait peut-être contenue dans la formule suivante : c'est une méthode *moyennement active*, et rien de plus.

Certes, il est plus que délicat, il est presque impossible d'établir des parallèles, des comparaisons, en matière de résultats thérapeutiques. Et cependant, si vous vouliez bien ne pas attacher à mes paroles plus de rigueur qu'elles n'en sauraient comporter en l'espèce, je serai tenté de vous dire ceci : un traitement par injections quotidiennes de sublimé à doses de 1 à 2 centigrammes m'a toujours semblé équivaloir approximativement, comme rendement thérapeutique, à un traitement pilulaire par le protoiodure aux doses quotidiennes de 3 à 8 centigrammes environ. — C'est donc là ce qu'on peut appeler un traitement d'activité *moyenne*.

Conclusion à déduire de tout ce qui précède :

La méthode des injections quotidiennes constitue un mode de traitement susceptible d'être utilisé avec profit pour le traitement de la syphilis; — mais il n'est permis d'en attendre qu'un degré moyen d'efficacité thérapeutique.

Reste maintenant à savoir si les avantages que présente cette méthode en tant que traitement usuel de la syphilis ne sont pas contrebalancés par des inconvénients quelconques, et, finalement, quelles sont les indications auxquelles elle peut répondre plus particulièrement.

Des *inconvénients*, certes oui, elle en comporte. Quelle méthode pourrait en être exempte, alors qu'il s'agit d'un remède, tel que le mercure, à introduire dans l'économie?

Mais en comporte-t-elle plus que telle ou telle autre, et de quel ordre, et de quelle importance? Tout est là.

Or, deux ordres de griefs ont été formulés contre elle. Les uns ont trait à des accidents *communs* dérivant du mercure et non des injections ; les autres visent des

accidents *spéciaux*, relevant du procédé même suivant lequel se fait l'introduction du remède.

I. — Je serai bref sur les premiers, parce que, je le répète, ils ne sont pas imputables à la méthode. Ainsi :

1° On a reproché aux injections de déterminer parfois des accidents de *stomatite*. Mais la stomatite n'est-elle pas un accident commun à tous les modes d'administration du mercure ? — Soit dit incidemment, quelques imprudents amis des injections avaient tenté, au début, d'innocenter la méthode à cet égard ; on avait nié « la stomatite par injections ». C'était puéril ; car le mercure peut-il abdiquer ses qualités ptyaliques en raison de ce fait qu'il est introduit dans l'organisme par la voie sous-cutanée ? A l'épreuve, on a constaté maintes fois cette stomatite. Ainsi, à ne citer qu'un témoignage, notre si regretté collègue le Dr Terrillon a constaté sur ses malades de Lourcine (des femmes, à la vérité) « que l'injection d'un centigramme de sublimé, répétée quotidiennement, donne lieu à la salivation vers le troisième ou le quatrième jour dans la plupart des cas, et qu'à partir de cette époque il y a indication nécessaire à espacer les injections, c'est à dire à ne plus les pratiquer (pour se garder d'offenser la bouche) que tous les deux ou trois jours, etc... »

2° De même, on a très justement accusé les injections de déterminer en certains cas (rares d'ailleurs) des troubles digestifs ou intestinaux. Mais n'est-ce pas là encore un symptôme commun à toutes les méthodes ?

3° Reproche plus spécial : L'usage prolongé de la méthode hypodermique aboutirait parfois, d'après Thiry, à des phénomènes généraux de débilitation, d'appauvrissement organique, que l'on n'observerait guère avec les autres méthodes. — Ce résultat doit être exceptionnel ou tout au moins rare. Je déclare ne l'avoir pas encore constaté, à moins d'abus comme doses ou durée du traitement. Et, d'autre part, Liégeois et Martineau n'ont-ils pas au contraire vivement insisté sur « les bons effets de leur méthode par rapport à la nutrition et à la santé générale ? (1) »

Mais passons sur tout cela, parce que ces accidents ou tels autres dont je crois superflu de parler sont presque inséparables de tout procédé d'administration du mercure. La responsabilité en incombe au mercure, au mercure seul, et non à la méthode qui l'introduit dans l'organisme. Il n'est donc rien là qui soit de nature à constituer un grief contre le système.

II. — En outre, voici des reproches qui visent directement la méthode.

Les injections sont susceptibles : 1° de déterminer des *phénomènes douloureux* ; — 2° de développer des *phénomènes d'irritation locale*, qui peuvent aboutir à la formation *in situ* de nodosités, d'abcès, de sphacèles.

(1) Ainsi Liégeois a constaté sur la plupart des malades traités de la sorte une augmentation de l'embonpoint et une élévation du poids. — D'après Martineau, les injections mercurielles auraient pour résultats, au point de vue de leur action sur l'organisme, d'accroître le nombre des globules rouges, d'augmenter le poids du corps, d'élever la quantité de l'urée et des chlorures dans l'urine, ce qui démontre, dit-il, qu'elles activent le mouvement de rénovation organique en favorisant tout à la fois la nutrition et la dénutrition, etc. — Et plusieurs autres auteurs encore ont déposé dans le même sens.

Précisons.

1° Certes, oui, *douloureuse* est la pratique des injections. On l'a nié ; mais, pour le nier, il faut véritablement être aveuglé par un enthousiasme quasi-paternel pour la méthode.

Plusieurs ordres de phénomènes douloureux dérivent des injections. On peut en distinguer *trois*.

Ainsi, il y a, d'abord, la *douleur de la piqûre*, de la transfixion de la peau. Sans doute cette douleur n'est qu'une *bagatelle* ; c'est la douleur forcément inhérente à toute injection sous-cutanée, que cette injection soit faite avec une solution mercurielle, ou bien avec de la morphine, de la cocaïne, de l'eau pure, n'importe. Tout le monde la connaît. C'est fort peu de chose, mais enfin c'est quelque chose.

Il y a, en second lieu, la *douleur prochaine* de l'injection. — Celle-ci est *constante* ou bien peu s'en faut. Elle est d'ailleurs très variable comme degré suivant les sujets et aussi suivant la nature du composé mercuriel.

C'est une douleur non pas immédiate (car elle ne commence pas tout aussitôt après l'injection), mais *prochaine*, c'est-à-dire débutant un quart d'heure, une demi-heure, une heure après la piqûre, augmentant pour un temps variable, puis s'atténuant après plusieurs heures. — Elle est comparée diversement par les malades à une chaleur locale, une brûlure, une contusion, une meurtrissure, etc.

Enfin, une troisième variété — de beaucoup la plus importante des trois — est la *douleur éloignée*, la douleur dérivant à longue échéance de l'injection, la « douleur des jours suivants », comme l'appellent les malades.

Celle-ci est tout à fait particulière. Elle consiste moins en une souffrance vive, aiguë, qu'en une sorte d'endolorissement continu, permanent, de toute la région où a été pratiquée la piqûre. Cette région devient comme sensible en masse et hyperesthésiée (surtout alors qu'elle a subi plusieurs injections). Les sensations, d'ailleurs assez mal définies, qu'y accusent les malades semblent rappeler celles qui succèdent à un coup, à une contusion, à une chute de cheval, ou bien encore à celles qui survivent au zona.

Tout cela, je m'empresse de le dire, est éminemment variable suivant les sujets et suivant des conditions multiples qui nous échappent. Exemples : ces derniers temps, vous avez pu voir dans notre salle Henri IV deux jeunes femmes qui ont été soumises au traitement par les injections de peptonate. Ces injections ont été pratiquées par le même opérateur, avec le même instrument, avec la même solution et au même siège. Or, l'une de ces malades s'est tellement récriée, s'est tellement lamentée à la suite de chaque piqûre qu'il nous a fallu abandonner ce traitement. Et l'autre, au contraire, a parfaitement toléré depuis quinze jours les injections : « Elles ne me font pas de mal, nous disait-elle encore ce matin, ou bien c'est si peu de chose que cela ne vaut pas la peine d'en parler. » — Ecoutez encore ceci : Bockhardt avait annoncé que la solution de sublimé dans le sérum stérilisé peut être injectée « sans douleur. » Sur ce dire, Hallopeau s'empresse d'appliquer la médication à trois de ses malades ; mais tous trois accusent des souffrances si vives qu'il est forcé d'y renoncer.

En tout cas, le traitement par les injections est souvent assez douloureux pour que les malades le craignent et s'y dérobent, et quittent les services où cette pratique est en usage, pour aller chercher ailleurs une médication différente. Que de fois, par exemple, n'avons-nous pas vu à la consultation de Saint-Louis des *déserteuses* de Lourcine (où florissait à un moment le système des injections) venir réclamer leur admission ici et nous

dire : « J'en ai assez de leur traitement de là-bas : chaque matin une piqûre qui vous fait souffrir toute la journée ; merci bien ! »

Dans le service de Dron, à Lyon, sur 39 malades (hommes) soumis aux injections, 10 se refusèrent à ce mode de traitement, en raison de douleurs vives ressenties au niveau de chaque piqûre.

De même, écoutons mon éminent collègue le Dr Besnier, qui a étudié ce point spécial avec la précision et la rigueur qu'on lui connaît : «... Dès qu'un médecin se met à traiter ses malades par les injections, la *désertion* commence dans son service. Deux fois j'ai assisté à cet *exode*, quand je me suis engagé dans la pratique des injections solubles et des injections insolubles. Une bonne partie des malades se soustrait à nos soins tout aussitôt... Ce sont là des méthodes à *faire le vide* dans un service. »

Telle est également mon impression personnelle. Une douleur qui ne doit pas se répéter ou même qui ne doit se répéter qu'un certain nombre de fois, cela se supporte ; on se raisonne et on s'y résigne. Mais une douleur qui doit se répéter chaque jour — voire, en certains cas, deux fois par jour — et cela pour des semaines, pour des mois, avec la perspective de nombreuses récidives pour l'avenir, cela devient énervant, insupportable, odieux ; cela passe à l'état de cauchemar, de supplice. Qui ne verrait là, en conséquence, un inconvénient grave inhérent à la méthode, et plus qu'un inconvénient, une véritable contre-indication ?

2° En second lieu, un méfait possible des injections (très commun autrefois, mais devenu plus rare de nos jours grâce aux perfectionnements de la technique) est de développer dans les tissus, au niveau même du point où a pénétré l'aiguille, des *intumescences nodulaires*, vulgairement qualifiées par les malades du nom de « bosses sous la peau ». Ces nodosités, ces petites tumeurs sous-cutanées (ou intra-musculaires) offrent généralement le volume d'une noisette, quelquefois d'un marron ou d'une noix ; on en a vu (exceptionnellement, à la vérité) qui étaient à peu près grosses comme un œuf de poule. Elles sont arrondies, à contours un peu diffus, rénitentes sous le doigt, légèrement douloureuses, ou plutôt sensibles au palper. Comme physionomie générale de lésions, on ne saurait mieux les comparer qu'à de petites gommes crues ou à des fibro-lipomes.

Se constituant dès les premiers jours qui succèdent à l'injection, elles persistent pour un temps variable. Souvent elle se résolvent en quelques jours ; assez fréquemment elles subsistent une quinzaine ; il n'est pas très rare qu'elles soient plus durables et n'accomplissent qu'en plusieurs semaines ou même plusieurs mois leur régression complète.

Par elles-mêmes, elles ne sont que peu douloureuses et aboutissent même, quand elles datent d'un certain temps, à un état d'indolence absolue. Mais elles développent parfois une sensibilité morbide singulière dans toute la région où elles siègent, surtout quand elles sont multiples. Elles semblent alors s'entourer d'une sorte d'atmosphère *hyperesthésique*, en sorte que toutes les parties voisines sont comme endolories et sensibles au moindre contact. De là des troubles fonctionnels divers. Si les injections ont été faites sur la région dorsale, les malades ne peuvent, sans douleur, se coucher sur le dos, voire s'adosser à une chaise, à un fauteuil ; si elles ont été pratiquées dans les fesses, ils ne s'assoient que péniblement, quelquefois même ils *boitent* du côté le plus endolori, etc. Et c'est bien pis encore au cas où elles ont porté sur une région intolérante, telle que le bras. De cela j'ai observé un exemple assez curieux. Une dame, qui avait été infectée au bras gauche par un vaccin syphilitique, reçut 35 injections mercurielles dans ce bras. Lorsque je la vis pour la première fois, je ne fus pas médiocrement surpris

par l'aspect de ce membre qui était étrangement bosselé, presque difforme, et littéralement farci d'une légion de tumeurs, dont quelques-unes s'accusaient par un notable relief. Cette dame racontait que ces 35 piqûres avaient été toutes singulièrement douloureuses, « douloureuses à en pleurer ». Elles se plaignait vivement de son bras, qui était sensible spontanément, sensible à la pression et au simple contact des vêtements, engourdi, névralgié, et presque impotent. En outre, une des piqûres avait probablement lésé un filet nerveux, car la sensibilité tégumentaire avait disparu sur une certaine zone au niveau de l'avant-bras.

3° Ajoutez que ces nodosités s'enflamment quelquefois, se convertissent en petits phlegmons, et aboutissent à des *abcès* qu'il faut ouvrir ou qui s'ouvrent spontanément.

La fréquence de cette terminaison a été très différemment évaluée. Il n'est pas étonnant que Lewin, grâce à sa grande expérience de la méthode, ne compte dans ses statistiques personnelles qu'un abcès pour 700 injections. Mais que d'autres ont été moins heureux !

4° Enfin, il n'est pas impossible que les injections déterminent *in situ* des sphacèles, de véritables gangrènes locales. Kobner a présenté à une Société médicale allemande un lambeau de peau gangrenée par le fait d'injections mercurielles. Je me souviens que, lorsque je pris le service de Lourcine, je trouvai dans mes salles trois malades affectées d'eschares cutanées consécutivement à des injections de sublimé. L'une de ces eschares, régulièrement circulaire, présentait un diamètre de 4 à 5 centimètres.

Je m'empresse d'ajouter que de tels accidents sont presque de l'histoire ancienne. Les méfaits possibles des injections mercurielles ne sont plus aujourd'hui ce qu'ils étaient encore il y a quelques années. Il fallait bien faire l'apprentissage de la méthode et en apprendre les dangers par expérience, avant de s'ingénier à les prévenir. Cette éducation ne pouvait être que l'œuvre du temps. Aujourd'hui, on est plus habile. On a perfectionné la méthode de diverses façons que je vous ai signalées dans ce qui précède. On a modifié la technique opératoire ; on l'a entourée de toutes sortes de précautions antiseptiques ; on a substitué à des solutions irritantes des solutions plus douces ; on a trouvé par empirisme des régions « tolérantes », etc., etc. Bref, on a écarté de la pratique des injections la plus grande partie des dangers qu'elle comportait à l'origine. Mais toujours est-il que ces dangers ou, si le mot vous paraît excessif, que ces *inconvénients* de la méthode n'ont pas absolument disparu. Dans une certaine mesure, ils subsistent encore, ou du moins il en subsiste. Cela, il ne faut pas nous le dissimuler.

Au résumé, si vous me demandiez de condenser dans une formule le bilan actuel de ce qui reste à redouter de la méthode, je vous dirais ceci :

Très peu de risque d'abcès (ceux-ci étant devenus rares, je dirai même exceptionnels, depuis les perfectionnements de la technique opératoire) ; — mais *nodosités* restant absolument communes, habituelles, sans doute même inévitables ; — et *phénomènes douloureux* presque constants, d'ailleurs très variables comme degré d'un sujet à un autre.

Je viens de placer sous vos yeux ce qu'on pourrait appeler les pièces du procès de la méthode. A présent, reste à conclure.

Or, ou je me trompe fort, ou les quatre conclusions suivantes dérivent en toute logique des considérations qui précèdent.

I. — La première, c'est que la méthode des injections mercurielles quotidiennes *ne*

comporte pas d'inconvénients tels qu'elle doive être de ce chef exclue du cadre des traitements antisyphilitiques. D'autant que ses inconvénients sont fréquemment compensés par une activité thérapeutique indéniable.

II. — La seconde, c'est qu'*elle comporte cependant assez d'inconvénients pour ne devoir être préférée à d'autres méthodes que sur des indications particulières.*

Véritablement, en dehors d'indications de cet ordre, il serait illogique de recourir au système des injections quotidiennes pour réaliser des effets thérapeutiques qu'on peut obtenir d'autres méthodes plus douces et plus pratiques. En toute évidence le bon sens dit ceci : S'il est possible d'aboutir à un même résultat par des moyens divers, pourquoi donner la préférence à un traitement toujours désagréable, constituant un ennui quotidien, fréquemment douloureux et parfois notablement douloureux, exposant aux nodi, exigeant du malade ou du médecin un déplacement de chaque jour, onéreux pour l'un et pour l'autre, etc., etc.?

J'insiste pour répéter qu'au nom du bon sens ce n'est pas là un mode de traitement à proposer à nos clients, à moins qu'il ne soit légitimé, motivé par quelque indication spéciale.

III. — Ce qui n'empêche que cette méthode *ne soit appelée à rendre de très utiles services, alors qu'elle est motivée par des indications particulières.*

Quelles sont donc ces indications? Ce serait sortir de mon sujet que de les rechercher et les discuter ici, comme j'aurai à le faire dans une autre partie de ces Conférences. Toutefois, à titre d'exemples, je vous en citerai quelques-unes dès à présent.

1° En voici une, d'abord, que personne ne récusera, parce qu'elle constitue une véritable indication de nécessité. — Il n'est pas très rare qu'on n'obtienne que des résultats médiocres ou insuffisants des traitements par ingestion ou par frictions, sans qu'on puisse en expliquer le pourquoi. Or, en pareille occurence, les injections se présentent comme une ancre de salut, et l'expérience apprend que parfois les malades ont bénéficié de cette méthode plus que de toute autre.

Oui, très positivement, il est des cas où les injections « font mieux », comme on dit vulgairement, que tout autre mode de mercurialisation. Un exemple du genre m'est offert actuellement par une malade que je traitais en ville, avec mon collègue et ami le Dr Gilles de la Tourette, pour une syphilose cérébro-spinale à récidives incessantes. Il va sans dire que, contre une affection de cet ordre et de cette récidivité désespérante, toutes les médications possibles ont tour à tour été mises en œuvre. Or, de tous les traitements, celui qui nous a le mieux ou tout au moins le moins incomplètement réussi, a été, sans contradiction possible, le système des injections quotidiennes au peptonate d'hydrargyre.

2° De même, les injections se trouvent naturellement indiquées dans tous les cas (et ils ne sont pas rares) où le mercure ne peut être administré par le tube digestif en raison de dyspepsie, de gastralgie, de tendance à la diarrhée, etc.; — où de plus, les frictions sont inapplicables en raison d'intolérance cutanée ou pour tout autre motif.

3° Elles ne rendront pas de moindres services dans les cas où se présentera l'indication d'associer aux mercuriaux tel ou tel remède, comme l'iodure, le bromure de potassium, le fer, les agents reconstituants, etc... Administrer ces divers remèdes par la bouche concurremment avec le mercure serait courir le risque de fatiguer l'estomac et de pro-

voquer une révolte de cet organe. Or, la faculté d'introduire le mercure dans l'économie par le système des injections offre l'avantage de laisser libre la voie gastrique pour tel ou tel agent dont le concours peut être nécessaire.

4° Enfin, il n'est pas à récuser que les injections trouvent une application rationnelle dans les cas qui réclament une mercurialisation à la fois active et rapide, c'est-à-dire dans les ophtalmies graves, dans les accidents de syphilis cérébrale ou médullaire ou dans les syphilis malignes.

III. — Reste enfin une dernière conclusion qui ne ressort pas avec moins d'évidence tant de ce qui précède que d'autres considérations qui vont suivre. Et celle-ci — la plus importante de toutes, notamment en ce qui concerne la question dont nous poursuivons l'étude, — c'est que le *système des injections quotidiennes ne saurait être érigé en méthode générale, usuelle, courante, pour le traitement de la syphilis.*

On l'a proposé à ce titre. On a dit : « La méthode des injections est appelée à remplacer tout autre traitement de la syphilis. Elle peut suffire à guérir la syphilis. »

Ainsi Lewin traite de la sorte ses malades pendant un an, c'est-à-dire par une série de « cures d'injections » séparées par des intervalles de repos.

Plusieurs de mes confrères m'ont fait l'honneur de vouloir adapter le système des injections à ma méthode des traitements successifs ; c'est-à-dire qu'ils soumettent leurs malades à une série de *cures intermittentes par les injections*, et cela pour plusieurs années.

Eh bien, non, cent fois non, cette méthode ne saurait constituer un mode de traitement *habituel* et exclusif de la syphilis. Pourquoi ? Pour deux ordres de raisons que voici :

1° D'abord, pour tout un ensemble de raisons déjà connues de vous, à savoir : désagréments, inconvénients, dangers inhérents au procédé.

Qu'au titre de médication *provisoire* répondant à une indication particulière, on propose aux malades et on parvienne à leur faire accepter le procédé des injections solubles en dépit des inconvénients qu'il comporte, cela, je le conçois. Je le conçois parce qu'il y a une raison pour la préférence donnée à ce mode de traitement ; et puis, cela n'aura qu'un temps. Mais, s'il est utile, indispensable, que ce traitement soit répété à maintes reprises, ne voyez-vous pas que ce qui était acceptable à titre provisoire ne l'est plus à titre permanent ? Comment ! Vous avez la prétention d'astreindre un malade non pas seulement pour des semaines et des mois, mais *pour des années*, à un traitement quotidiennement douloureux, quotidiennement désagréable, quotidiennement susceptible d'aboutir à telle ou telle éventualité fâcheuse ou pour le moins importune ! Mais autant dire que vous prenez à cœur de molester ce malade, de le décourager, de le dégoûter de son traitement ; autant dire que vos efforts tendent à ce que, persécuté par ce cauchemar continu, il en arrive un jour à une révolte *ab irato*, et, somme toute, renonce à se traiter.

2° En second lieu, il est une raison majeure qui fera que jamais le procédé en question ne passera dans nos mœurs en tant que méthode de traitement usuel de la syphilis.

C'est que ce procédé est par excellence NON PRATIQUE. Et pourquoi non pratique ? Parce qu'un tel traitement exige à la fois du médecin et du malade une assiduité et un assujettissement qui ne sont pas pratiquement réalisables.

Voyez plutôt. Vous avez résolu, je suppose, de traiter un malade par le système des injections solubles. Il va vous falloir pratiquer à ce malade, rien que pour un premier traitement par exemple, une injection (si ce n'est deux) chaque jour, et cela pendant plusieurs semaines. Et cette injection devra lui être pratiquée par une main médicale, car, si elle est mal faite, gare aux accidents que vous savez (1)! N'espérez pas d'ailleurs qu'il pourra s'injecter lui-même ; comment se bien faire à soi-même, serait-on médecin, une injection dans le dos ou dans les fesses?

Ah! sans doute cette exigence ne créera aucun embarras, s'il s'agit d'un malade interné dans un hôpital. Car, à l'hôpital, nous avons un personnel qui se chargera de cette besogne.

Mais en ville? En ville, une nécessité s'impose, et elle est inéluctable. De deux choses l'une : ou bien ce sera le médecin qui devra rendre à son malade une *visite quotidienne*, tout le temps que durera ce traitement, pour lui faire son injection ; — ou bien ce sera le malade qui devra se rendre chaque jour chez le médecin pour recevoir son injection.

Dans le premier cas, quelle sujétion pour vous! Quelle surcharge quotidienne à vos occupations, surtout si vous pratiquez à la campagne, et si votre client est éloigné de vous! Voilà, de par ce système, la syphilis, maladie chronique, convertie en une maladie aiguë, exigeant de vous chaque jour une visite à votre client, comme ferait une pneumonie, une fièvre typhoïde, une scarlatine, etc.!

Dans le second cas, quelle sujétion pour votre malade! L'accepterait-il en principe, pourra-t-il s'y soumettre, s'il a son temps pris, s'il est dans les affaires, s'il n'est pas libre à l'heure où vous êtes libre, *a fortiori* s'il n'est qu'un employé, un salarié, un ouvrier, un domestique, etc. ?

Puis — question plus délicate à laquelle je ne saurais me dérober, puisque j'ai conduit le sujet sur le terrain même de la pratique — quelle charge *pécuniairement onéreuse* pour le malade que cette innombrable série de visites quotidiennes! Je sais qu'en médecins désintéressés vous la lui rendrez le moins lourde possible. Mais alors, par ricochet, quelle charge pour vous et quelle perte de temps !

Puis, comment le public acceptera-t-il un tel mode de traitement? Qu'en pensera-t-il, qu'en dira-t-il? Car vous savez qu'il n'est guère animé d'indulgence vis-à-vis des médecins? Je n'aurai pas à me mettre en frais d'imagination sur ce point, car j'ai entendu de mes oreille nombre de clients juger la méthode : « C'est une exploitation, disent-ils ; c'est la pratique de médecins qui *tirent à la visite.* » D'ailleurs, écoutez cet entrefilet que j'ai détaché d'une feuille politique et conservé à seule fin de fixer vos convictions : « ...Assez malins, nos médecins fin de siècle... Ils sont en train, pour guérir les infortunes de l'amour, de découvrir une méthode qui obligera leurs clients d'aller leur rendre une visite chaque jour! Moi, profane, je ne sais si ce traitement sera bon pour les malades; mais j'ose affirmer qu'il sera bon pour les médecins. » — Et ainsi de suite.

Encore, si cet assujettissement, si cette contrainte à une conjonction quotidienne entre médecin et malade ne devait durer que quelques semaines, médecin et malade en prendraient leur parti. Mais, si plusieurs cures de même ordre doivent se succéder, si toute la maladie doit être traitée de la sorte, et cela pour plusieurs années, ai-je à dire

(1) On a dit que, pour les injections *sous-cutanées*, on pouvait en confier l'exécution à une personne de l'entourage du malade, à un infirmier, voire à un serviteur bien dressé à la manœuvre et aux pratiques d'antisepsie. Soit! Mais je ne m'y fierais guère ; en tout cas, c'est une imprudence.

que cette obligation réciproque, cette servitude mutuelle se transformera en une véritable impossibilité ? Les deux parties y renonceront d'un commun accord.

Vraiment, il faut n'avoir jamais vécu de la vie de praticien, il faut en ignorer toutes les exigences, toutes les nécessités, pour admettre un instant qu'un pareil traitement puisse jamais être réalisé avec l'assiduité, la rigueur, la persévérance, qui sont nécessaires à son succès.

Puis, encore, que de conditions particulières, individuelles, rendront impraticable un traitement de ce genre! Un exemple entre cent que j'aurais à citer. Est-ce que ces allées et venues quotidiennes du médecin chez le malade ou du malade chez le médecin n'aboutiront pas à rendre public ce qui devrait rester secret? A preuve ceci : il y a quelques années, je reçus la visite d'un grave notaire de province qui avait contracté la syphilis d'une de ses clientes et à qui un de mes confrères de Paris avait conseillé le traitement des injections solubles. Il venait de se faire pratiquer consciencieusement une demi-douzaine de ces injections par le médecin de sa localité. Mais, à la septième, la patience lui avait manqué, et de rechef il avait fait le voyage de Paris pour venir réclamer de moi un autre traitement. « De grâce, me disait-il, prescrivez-moi autre chose. Comment voulez-vous que je m'astreigne à un traitement qui m'oblige à rendre visite chaque jour à mon médecin? Dans une petite ville comme la mienne où tout se sait et se commente, où tout le monde est aux aguets pour savoir ce que fait son voisin, on ne manquerait pas de remarquer mes visites quotidiennes chez mon docteur et de les interpréter dans le plus mauvais sens possible. Autant vaudrait afficher sur ma porte que j'ai la vérole! »

Mais j'abrège, car j'en ai vraiment dit assez pour vous faire toucher du doigt tous les inconvénients, toutes les difficultés, voire les impossibilités pratiques et autres du système des injections solubles, en tant que méthode usuelle de traitement antisyphilitique.

Concluons donc en disant ceci :

1° En tant que traitement éventuel, transitoire, répondant à une indication particulière, la méthode des injections solubles est pratiquement acceptable et peut rendre d'utiles services.

2° Mais, en tant que traitement usuel de la syphilis, cette méthode est de toutes la moins pratique. Elle est de l'ordre de celles que (sauf indications tout à fait exceptionnelles) un vrai praticien ne proposera jamais à ses malades.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 18 Décembre 1901

Présidence de M. Albert ROBIN.

M. Rénon, à propos du procès-verbal, rappelle que dans son travail concernant l'action de l'*aspirine dans la fièvre des tuberculeux*, il avait déjà attiré l'attention sur les sueurs profuses que ce médicament produit parfois. On se mettra à l'abri de cet inconvénient en administrant le médicament à très faibles doses, 0,25 à 0,30 centigr. 2 à 3 fois par jour.

M. Morel lit une note concernant l'*antagonisme médicamenteux*. Pour étudier cette question, il faut déterminer en premier lieu exactement la dose toxique minima du médicament en expérience. On constate alors que si l'on donne simultanément deux médicaments antagonistes, atropine et pilocarpine, par exemple, on peut augmenter notablement les doses mortelles de chacun des médicaments sans que l'animal en expérience succombe. Ce phénomène n'est pas dû à des réactions chimiques prenant naissance entre les deux médicaments, car l'orateur s'est servi des deux chlorhydrates de ces alcaloïdes.

Si d'un autre côté, à un animal en train de succomber à la suite de l'administration d'une dose mortelle d'atropine, on donne de la pilocarpine, même à dose mortelle, l'animal survivra. Ces doses formidables se neutraliseront.

Comme sanction pratique à ces expériences, il y a lieu d'admettre que le jour où l'on aura isolé les éléments constitutifs des toxines, on pourra s'opposer à l'action élective de ces éléments sur les divers tissus, en administrant des antagonistes appropriés.

M. Pouchet constate que jusqu'ici, à de rares exceptions près, on n'est jamais arrivé à neutraliser une intoxication par l'administration d'antagonistes : on admet encore que les éléments imprégnés par le toxique étaient incapables d'assimiler l'antitoxique. En cas d'empoisonnement par l'atropine, les doses de pilocarpine (en admettant que les expériences de M. Morel soient applicables à l'homme) nécessaires pour la neutralisation de l'atropine, seraient tellement élevées que le malade courrait un grand danger de ce fait.

M. Dalché donne lecture d'un travail concernant l'*opothérapie ovarienne*. Au point de vue des échanges intra-organiques, on constate que la polyurie est le phénomène le plus marqué que l'on observe. L'ovarine exerce une action manifeste sur les accidents dus à la dystrophie ovarienne (états chlorotiques, par exemple). L'orateur a constaté que l'ovarine constitue un médicament utile dans le traitement du rhumatisme articulaire déformant chronique, aussi y a-t-il lieu de se demander si cette maladie d'allures si spéciales ne doit pas être considérée comme du domaine de la dystrophie ovarienne. Dans plusieurs cas traités par l'orateur, les arthralgies ont nettement diminué, la flexibilité articulaire s'est accrue, mais les lésions osseuses n'ont pas été modifiées.

L'ovarine n'exerce aucune action sur le rhumatisme noueux des femmes âgées ayant passé la ménopause. D'un autre côté, un jeune homme atteint de déformations articulaires a ressenti une amélioration notable sous l'influence de l'ovarine.

M. Dubois a eu l'occasion d'observer un sujet qui fut atteint de rhumatisme déformant trois mois après avoir subi une castration double. Le traitement par l'ovarine n'eut pas un succès bien marqué.

M. Dalché rappelle que l'ovarine n'a d'action, selon lui, que chez les individus jeunes. Il existe une relation indéniable entre le rhumatisme déformant et le système génital.

M. Vogt donne lecture d'un travail concernant l'*action du thiocol dans la tuberculose* (*a paru dans le n° de la Revue du 15 décembre*).

M. Riche présente des photographies d'*appareils nouveaux pour la rééducation des mouvements des membres inférieurs*. Ces appareils sont plus simples que ceux usités en Allemagne, car il semble inutile de faire faire aux malades des mouvements compliqués qu'ils n'exécutent pas à l'état normal. Il faut s'ingénier à ne pas forcer les malades à surmonter des difficultés autres que celles qu'ils peuvent rencontrer dans la vie ordinaire.

Les résultats obtenus à l'hôpital (en l'espèce à la Salpêtrière), sont toujours inférieurs à ceux que l'on obtient en ville, parce que les malades ne tiennent pas, fort souvent, à guérir. La durée du traitement est du reste forcément fort variable, car les troubles de coordination peuvent être dus à des facteurs variables tels que l'hypotonie musculaire, l'amyotrophie. En général on arrive assez rapidement à rendre de la précision aux mouvements ; ce résultat obtenu, on observe souvent un temps d'arrêt dans l'amélioration.

M. Dignat est satisfait d'apprendre que l'orateur a réussi à simplifier les appareils allemands. Mais il ne partage pas l'optimisme de M. Riche au sujet des résultats que donne cette méthode, qui est extrêmement lente et inférieure à la suspension.

M. Riche fait remarquer que la suspension a deux indications : les troubles vésicaux (rétention urinaire surtout) et les douleurs fulgurantes. Elle n'a pas d'action sur l'ataxie, puisqu'elle agit sur la moelle seulement et que la rééducation musculaire s'obtient par une opération cérébrale.

M. Désesquelle donne lecture d'un travail concernant les *solutions injectables de benzoate de mercure*. La solution qu'il préconise est supérieure à d'autres formules dans lesquelles le benzoate subit une décomposition chimique : on n'injecte alors que des solutions de sublimé.

Le benzoate de mercure en injections sous cutanées représente une médication très efficace de la syphilis. On n'observe jamais d'intoxication, mais l'injection est très douloureuse si on ne l'additionne pas de cocaïne et elle donne naissance à des nodules d'induration, dus à la précipitation des albuminoïdes organiques sous l'influence du sublimé, né de la décomposition de la solution injectée sous l'influence du chlorure de sodium des liquides organiques.

Cette solution est supérieure aux sels insolubles, parce qu'elle peut être injectée à doses minimes, ce qui met à l'abri des dangers d'intoxication.

M. Robin a eu l'occasion, dans son service de la Pitié, de constater un effet surprenant, dû à l'injection de quelques doses, colossales il est vrai, de benzoate de mercure. (0,05 centigr. par jour). Une malade atteinte d'iritis syphilitique très grave, avec synéchies, avait reçu au préalable à l'hôpital Saint-Louis une injection de calomel qui ne donna pas grand résultat, en dehors de douleurs tellement violentes que la malade quitta de suite l'hôpital. Cinq jours après l'injection de benzoate, l'iritis avait disparu ainsi que l'hyperémie considérable des milieux oculaires, et au bout de 10 jours la guérison était obtenue. Le benzoate de mercure contient 15 0/0 d'hydrargyre, chiffre fort élevé si on le compare à d'autres sels de ce groupe.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Ponction lombaire dans le diagnostic des traumatismes craniens (*Société de chir.*, 4 décembre 1901). — MM. POIRIER et ROCHARD ont remarqué, en faisant la ponction rachidienne pour traumatismes craniens, que l'issue du liquide amenait une amélioration considérable et immédiate dans l'état des blessés. Il est heureux que cette petite opération, primitivement instituée pour faire le diagnostic de fracture du crane, se trouve ainsi transformée en méthode thérapeutique. En effet, rien n'est moins certain que la présence du sang dans le liquide rachidien pour confirmer la lésion de fracture. M. Rochard lui-même raconte que chez un de ses malades atteint de contusion cérébrale, le liquide céphalo-rachidien s'est montré mélangé de sang.

Il est logique, au contraire, d'admettre que l'évacuation de ce liquide, après les traumatismes craniens suivis de symptômes méningitiques, doive produire un effet de sédation marquée sur les symptômes graves.

Suit une discussion entre M. GUINARD, qui a récemment attribué la céphalée de la rachicocaïnisation à l'*hypertension* déterminée dans les voies céphalo-rachidiennes par l'adjonction d'eau comme véhicule de la cocaïne et M. RECLUS, qui pense avec plusieurs auteurs que la soustraction de liquide rachidien par le seul fait de la ponction est la cause de la céphalée, laquelle résulterait donc, au contraire, d'un effet d'*hypotension*. Mais qu'est le symptôme céphalée sur lequel dissertent complaisamment ces chirurgiens, auprès du danger mortel que l'on fait aujourd'hui sciemment courir aux opérés par la rachi-cocaïnisation?

A. BENOIT.

Difficulté du diagnostic des lésions traumatiques rachidiennes (*Société de chirurgie*, 11 décembre 1901). — Dernièrement, la remarque a été faite par plusieurs chirurgiens que la paraplégie est un signe infidèle pour servir au diagnostic des lésions médullaires après un traumatisme. M. TERRIER, revenant sur ce sujet, raconte que, chez le cheval, il a assisté à des expériences démontrant que la simple *commotion* produite par le traumatisme vertébral, avant l'ouverture du canal, donnait déjà lieu à des paralysies. M. RECLUS cite, à son tour, un exemple qui vient bien montrer la difficulté d'émettre un pronostic; un officier, après une chute de cheval, avec lésion rachidienne, fut atteint de paraplégie complète, d'apparence si grave qu'on lui donna le conseil de démissionner, ce qu'il fit. Or, cinq mois après, les troubles disparurent.

La Société a également agité de nouveau la question de la ponction médullaire, comme moyen de diagnostic des lésions craniennes. De nouveau plusieurs membres, parmi lesquels M. Tuffier, font observer que l'hémorragie cérébrale elle-même peut, dans un traumatisme, fournir du sang qui vient teinter le liquide sans qu'il y ait fracture. Que faut-il en conclure, sinon que ce signe n'a aucune valeur et qu'on peut épargner cette manœuvre douloureuse aux blessés? Quant à la ponction comme *moyen thérapeutique* dans les mêmes cas, une expérience plus longue nous paraît maintenant nécessaire pour juger de sa valeur.

A. BENOIT.

Trépanation pour tumeur cérébrale, par MM. LESZYNSKY et JAMES H. GLASS (*Medical Record*, 1901, vol. 60, n° 13). — Sujet de cinquante-six ans, n'ayant subi aucun traumatisme. Le premier des auteurs put établir le diagnostic de *tumeur cérébrale* d'accroissement lent, siégeant dans l'écorce de l'*hémisphère droit*, au niveau des centres des mouvements du bras et de la jambe. L'hémiplégie gauche, en voie d'accroissement, avait commencé par des crampes qui se manifestaient la nuit dans la jambe gauche, depuis deux ans; peu à peu, la faiblesse s'était accentuée et le membre supérieur avait été pris

à son tour. M. Glass décrit un procédé des plus compliqués, qui lui permit de mettre à découvert le centre sus-nommé, après avoir rabattu en arrière un large lambeau ostéo-plastique. L'hémostase fut très pénible. On trouva une tumeur occupant la surface du cerveau. Cette tumeur fut énucléée jusqu'au sinus longitudinal, auquel elle adhérait à travers la faux du cerveau, dont il fallut la séparer. Des mèches de gaze durent comprimer les points saignants, tandis que leurs extrémités sortaient par des trous ménagés à cet effet aux angles du lambeau ostéo-plastique. La guérison fut rapide. Le néoplasme examiné par M. W. Kinney était un *endothéliome*. Le malade conserva néanmoins un certain degré d'hémiplégie gauche. Ceci s'explique par la destruction du tissu cérébral, ce qui aurait pu être évité par une opération plus précoce si le diagnostic eût été plus ferme.

A. Benoit.

Les injections intrarachidiennes de cocaïne, par le Dr E. Perez Noguera (*Gaceta Médica Catalana*, 1er et 15 novembre 1901).—L'auteur résume dans les conclusions suivantes, les opinions sur la rachi-cocaïnisation d'après les travaux et résultats obtenus par les expérimentateurs étrangers et espagnols : 1° La cocaïnisation de la moelle, ou pour mieux dire des racines postérieures des nerfs spinaux par le procédé de Bier, donne des résultats positifs dans la plupart des cas;

2° L'anesthésie ainsi produite est durable et complète, comprenant la moitié inférieure du corps à partir de la région ombilicale et affectant à la fois les tissus superficiels et les profonds. Elle commence entre cinq et dix minutes après l'injection et dure une à deux heures en moyenne;

3° Presque toujours elle produit des accidents consécutifs, parfois de peu d'importance (nausées, vomissements fugaces, pâleur, pouls fréquent, hyperthermie passagère), quelquefois très pénibles et durables (céphalalgies, vomissements, paralysies, tremblements, sueurs profuses ou modification de la défécation de l'émission d'urine) et d'autres très graves (tendance à la syncope, accès de dyspnée, collapsus);

4° Chez beaucoup de malades on ne parvint pas à introduire l'aiguille dans le conduit rachidien, bien qu'on eût suivi au pied de la lettre les instructions données par Bier et Tuffier, et chez d'autres (peu nombreux) on n'obtient pas l'anesthésie désirée;

6° L'anesthésie produite par la rachicocaïnisation n'est pas accompagnée de relâchement musculaire ni de perte de connaissance. Le malade assiste pourtant à tout l'acte opératoire, ce qui constitue un grave défaut, remédiable seulement si l'on bouche les oreilles et ferme les yeux des malades, avant de les porter à la salle d'opérations;

7° La paralysie du sphincter de l'anus provoque la sortie des gaz et des excréments pendant l'opération, d'où infection possible des objets de pansement;

8° Pour éviter dans la mesure du possible ces accidents désagréables, il ne faut employer que des solutions de cocaïne stérilisées et récemment préparées. Les instruments et la peau de la région lombaire doivent être l'objet d'une désinfection soigneuse avant de pratiquer la ponction;

9° On n'injectera jamais plus de 2 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne; les solutions préférables sont celles à 1 0/0;

10° Pour enrayer les céphalalgies, qui font tant souffrir les malades, Chaput conseille de faire avant l'injection, l'aspiration de 10 à 12 cc. de liquide céphalo-rachidien, et pour éviter les vomissements, il prescrit, une heure avant l'opération, une potion avec 20 gouttes de teinture de digitale et de la morphine. Cependant, la première recommandation ne doit pas être acceptée, car la perte de liquide céphalo-rachidien influe beaucoup dans la production d'accidents graves;

11° Les injections doivent toujours être faites le malade étant assis;

12° On ne doit pas laisser échapper du liquide céphalo-rachidien par la canule, et on ne pratiquera jamais l'injection sans avoir au préalable contrôlé l'existence dudit liquide, car il dilue la solution anesthésique et s'oppose à l'imprégnation par capillarité;

13° La méthode des injections épidurales paraît être moins dangereuse, mais son efficacité n'est pas complètement démontrée et il faut attendre des nouveaux essais pour résoudre définitivement la question.

F. Berini.

Mort par rachicocaïnisation (*Société de Chirurgie*, 6 nov. 1901). — M. Legueu a communiqué deux cas de mort immédiate, avec des doses de cocaïne injectées qui sont demeurées inférieures à 0 gr. 02 *centigr.*

M. Kirmisson fait observer que l'anesthésie locale par la cocaïne eût mieux convenu à ces deux cas, qui étaient des interventions simples. Toujours est-il qu'ils viennent achever une démonstration qui n'était plus à faire, à savoir que cette méthode nouvelle, qni n'a même pas le mérite de réaliser sûrement l'anesthésie, doit être formellement proscrite.

A. Benoit.

Considérations sur les accidents que peut produire le chloroforme quand on l'emploie pour obtenir l'anesthésie chirurgicale, par le Dr Tobias Nunez (*La Union de los Médicos Titulares de Espana*, septembre 1901). — Les accidents que peut produire le chloroforme sont la syncope et l'asphyxie, le premier étant le plus fréquent et le plus difficile à combattre.

L'asphyxie est plus rare et plus facile à combattre, car la difficulté de la respiration et le changement très prononcé de la coloration du visage permettent de faire le diagnostic à temps.

La syncope se présente beaucoup plus rapidement et peut tuer le patient presque instantanément; cependant le plus fréquemment elle se présente à la suite de perturbations circulatoires et respiratoires, avec changement de coloration de la peau du visage.

Ces accidents peuvent dépendre du chloroforme, s'il est impur ou, cas le plus fréquent, de la manière défectueuse de l'appliquer.

Le chloroforme qu'on emploie pour l'anesthésie est rarement impur, dit l'auteur : en tout cas nous avons à notre disposition plusieurs moyens pour rechercher ces impuretés (odeur, évaporation sur la paume de la main, etc) : la plupart des accidents viennent de la manière de l'administrer.

Comment administrer le chloroforme? Beaucoup d'auteurs recommandent de donner le chloroforme mélangé à une grande quantité d'air, car ils croient que la plupart des accidents sont dus à l'arrivée dans les poumons de vapeurs non mélangées à l'air. Cette opinion est rejetée par l'auteur, qui a vu maintes fois administrer cet anesthésique à forte dose, en empêchant dans la mesure du possible l'entrée de l'air. D'après lui, les accidents seraient dus plutôt à l'excessive quantité d'anesthésique qu'on donne au patient. Voici la conduite recommandée par le Dr Nunez : on donne le chloroforme mélangé avec un peu d'air, mais si l'anesthésie tarde et si le patient conserve encore ses facultés intellectuelles après avoir absorbé une bonne quantité de chloroforme, on appliquera la compresse tout contre le visage en recouvrant les narines et la bouche et en appliquant la main par-dessus la compresse pour retarder dans la mesure du possible l'évaporation; on diminuera ensuite les doses.

F. Berini.

Doit-on, dans le traitement de la scoliose, lutter spécialement contre la rotation des vertèbres? par Mesnard (*Rev. de Cin. et d'électrothérapie*, 20 nov. 1901). — Quand on examine un squelette de scoliotique, on s'aperçoit aussitôt qu'en dehors de la déviation latérale, le rachis a subi une torsion qui fait que les corps vertébraux, au lieu de se présenter de face, regardent du côté de la convexité et cela d'une manière d'autant plus accusée qu'ils sont plus voisins du sommet de la courbure. Les pédicules, les lames, les apophyses articulaires, tranverses et épineuses, ont, eux aussi, subi des déformations que n'explique qu'incomplètement la flexion latérale et qui semblent bien plus en grande partie sous la dépendance de la torsion que nous venons de voir. Ces déformations, qui paraissent accessoires lorsqu'on lit certaines descriptions de scoliose, en constituent au contraire un élément au moins aussi grave que la déviation latérale elle-même; c'est d'elles que dépendent la saillie costale postérieure et la déformation ovalaire oblique du thorax.

Pour l'auteur, une théorie toute mécanique rend bien compte des déformations observées et explique en même temps l'insuccès obtenu par tous les traitements qui visent spécialement la torsion vertébrale.

Le poids de la partie supérieure du corps se transmettant à la base de sustentation à travers une colonne vertébrale déviée donne lieu à des décompositions de forces au niveau des courbures, et la pression principale sur une vertèbre comprise dans une des courbures peut se décomposer en deux pressions secondaires, l'une verticale et l'autre horizontale. On voit ainsi qu'il se produit au niveau de chaque vertèbre déviée une poussée horizontale dans le sens de la convexité de la courbure, poussée d'autant plus forte qu'on s'approche davantage du sommet de la gibbosité.

La résistance que la colonne antérieure pourra opposer à la poussée horizontale sera bien moindre que celle de la colonne postérieure. Aussi les pédicules qui servent de lien entre la colonne antérieure relativement mobile et la colonne postérieure à peu près fixe subissent la plus grande partie de l'effort, ce qui explique leur profonde déformation.

Cette force horizontale qui pousse les vertèbres déviées vers la convexité explique bien la déformation des vertèbres rhomboïdales qu'on rencontre dans presque toutes les scolioses, ainsi que l'élargissement des surfaces de contact des corps vertébraux qui glissent en tournant les uns sur les autres.

Mais ce qui fait que les déformations observées paraissent souvent plus complexes et sont plus difficiles à interpréter, c'est qu'il faut tenir compte, en outre de la déviation latérale pathologique, des déviations antéro-postérieures qui compliquent souvent la scoliose, ou même simplement des incurvations physiologiques normales de la colonne vertébrale.

Les pressions se produisant dans le sens de la convexité dès qu'une flexion latérale apparait doivent aussi exister pour les courbures antéro-postérieures, que celles-ci soient pathologiques ou même physiologiques : ces poussées accessoires ne modifient en rien la symétrie des vertèbres qui présentent alors une résistance symétrique et homogène. Néanmoins ces poussées d'arrière en avant dans la scoliose dorsale expliqueraient bien cet aplatissement des disques vertébraux, plus accentué près de leur insertion aux pédicules que sur leur bord libre, déformation observée par quelques auteurs allemands et désignées par eux sous le nom de *réclination.*

En somme la rotation des vertèbres et les diverses déformations que l'on observe semblent être une suite naturelle, mécanique et inévitable de la flexion latérale, inséparables de celle-ci et se produisant parallèlement à elle. Cette torsion du rachis n'est qu'une *tendance* vers la forme hélicoïde parfaite.

Il n'y a pas lieu de favoriser cette torsion déjà trop gênante ; elle ne pourrait du reste, dans beaucoup de cas, devenir plus complète qu'elle n'est déjà.

Aussi n'y a-t-il pas d'intérêt à employer de coûteux appareils, qui d'ailleurs ont un effet à peu près nul sur la rotation contre laquelle ils sont spécialement construits. Quant aux manœuvres manuelles préconisées contre la rotation, elles n'agissent en réalité que sur la flexion latérale et un peu sur la forme des côtes. Elles sont trop passagères pour pouvoir modifier d'une façon sérieuse un squelette déformé ; elles n'ont de valeur que comme assouplissement préparatoire.

Que l'on s'efforce en un mot de lutter contre la flexion latérale, et par là même on entravera la rotation qui en dépend ; le traitement de la rotation isolée est impuissant et inutile. Mais le point essentiel et sur lequel on ne saurait trop insister, c'est que la scoliose est une maladie qui doit être soignée dès le début et par des moyens rationnels si l'on veut obtenir des résultats satisfaisants et durables.

Se contenter de renfermer une déviation naissante dans un corset mécanique plus ou moins perfectionné, c'est donner au malade l'illusion d'un traitement, mais lui préparer, pour un avenir souvent prochain, de cruels déboires.

E. Vogt.

Séparation des épiphyses ; leur traitement. (*The Practitioner*, sept. 1901) par M. J. Poland, chirurgien à l'hôpital orthopédique de Londres. — Il y a lieu de distinguer au point de vue du traitement, la *fracture* des épiphyses de leur *séparation*, qui s'observe, non dans la première enfance, mais de 11 à 18 ans.

Les auteurs anglais ont injustement appliqué les mêmes manœuvres à la réduction de ces lésions essentiellement différentes. Maintenant que nous pouvons consulter les épreuves radiographiques, il convient de ne plus commettre la même erreur. Les *déplacements* consécutifs à des violences, *indirectes* le plus souvent, qui ont pour effet la séparation de l'épiphyse de la dinahyse, se traduisent par des signes de luxation plutôt que de fracture. Ce sont donc les *manœuvres de réduction des luxations* qu'il faut leur appliquer.

A l'extrémité supérieure de l'humérus, par exemple, la similitude est frappante, ainsi qu'en fait foi une épreuve contenue dans ce travail. Mais, pour fixer en bonne position les deux segments déplacés, la connaissance anatomique parfaite des régions luxées est indispensable. On immobilise dans un appareil plâtré, le segment placé au-dessus et au-dessous de l'articulation, et l'on a soin de faire du massage et des mouvements progressifs dès le dix ou quinzième jour. Chez les jeunes enfants, éviter l'emplei du plâtre comme moyen de contention, à cause des craintes de gangrène. Le replacement exact des fragments dans la séparatien évitera les déformations si fréquentes à observer en orthopédie à la suite de ces accidents.

A. Benoit.

Castration pour cancer inopérable du sein, par M. Edge (*Société Médicale de Midland*, 16 oct. 1901). — En avril 1900, M. Edge a eu l'occasion de faire l'amputation d'un sein cancéreux. La tumeur étant petite et limitée : il négligea de faire l'extirpation des ganglions de l'aisselle, dont le volume paraissait normal. L'examen histologique n'avait pas encore confirmé le diagnostic de tumeur maligne. Six mois plus tard, il y eut récidive et le chirurgien dut enlever les pectoraux et les ganglions sous-claviculaires. En février 1901, on constata une tuméfaction des ganglions axillaires du côté droit, qui était le siège de plusieurs indurations limitées.

M. Edge fit alors la castration par la voie vaginale, en mars 1901. Les résultats furent bons : la malade a gagné deux livres ; on a assisté à la diminution progressive de toutes les masses indurées, tant au sein que sous l'aisselle.

Ce procédé, plus radical que celui de Beatson, est donc susceptible de produire le même bon résultat ; il a l'avantage d'épargner aux malades une cicatrice abdominale, avec tous ses dangers éloignés. La méthode, d'une application récente, comme on voit, nous semble digne

d'être étudiée. Non qu'elle puisse suffire à écarter la récidive, mais parce qu'elle supprime l'influence utéro-ovarienne et donne plus de chance d'entraver la repullulation du cancer, soit avec l'extrait thyroïdien, soit avec l'arsenic, la quinine ou l'alcool.

A. Benoit.

Splénectomie pour rupture de la rate (*Soc. de chir.*, 4 décembre 1901).—M. Richelot rapporte une observation de M. Coville (d'Orléans) où il est question d'un cas de rupture de la rate par chute sur le côté, chez une femme âgée. L'opération ne fut pas immédiate, l'hémorragie ayant une marche lente. L'auteur crut même à une hydronéphose et incisa dans la région lombaire. Sur cette exploration négative, il fit la laparotomie et trouva sur le bord postérieur de la rate le foyer hémorragique. La guérison se fit, après splénectomie, sans incident.

A. Benoit.

Traitement de l'obstruction intestinale par les injections d'atropine (*Wratsch*, n° 35, 1901). — Ivanovsky cite deux cas d'obstruction intestinale où les injections sous-cutanées d'atropine ont donné d'excellents résultats.

La dose injectée a été de 0 gr. 002 à 0 gr. 001 répétée une fois dans un cas et trois fois dans l'autre.

Des selles abondantes sont survenues et les malades ont guéri.

J. Roubleff.

Plaie du cœur traitée avec succès par la suture, par M. Fontan (*Société de chirurgie*, 27 nov. 1901). — M. Fontan (médecin de marine) a pu intervenir au bout de deux heures, dans un cas de plaie du cœur par coup de couteau. Il tailla un lambeau thoracique portant sur les 4e, 5e et 6e côtes, qui découvrit la plaie du péricarde. Celle-ci fut agrandie suffisamment pour que l'on pût découvrir une plaie saignante du ventricule à 15 millimètres au-dessus de la pointe. La suture fut faite avec des aiguilles de Hadgedorn et du fil de catgut n° 3. Pendant l'intervention, un litre de sérum. La guérison fut entravée par un foyer pneumonique de la base, qui s'était formé à la suite d'une embolie bronchique ; il fallut aussi faire la thoracotomie pour une pleurésie gauche qui survint ; il y eut même phlébite du membre inférieur droit. Le malade finit pourtant par se rétablir complètement. L'auteur a pratiqué une fois auparavant pareille intervention.

A. Benoit.

Traitement des gangrènes diabétiques (*XIVe Congrès français de chirurgie*). — M. Cazin (de Paris) a réussi des amputations de jambe, bien au-dessous des points où les battements artériels sont sensibles. Il est donc partisan des amputations économiques, et demande la révision des anciennes règles sur ce point. M. Tédenat a vu se réunir des lambeaux qui n'avaient pas donné une goutte de sang. En tout cas, il est sage, à l'exemple de M. Guinard, quand le lambeau ne saigne pas, d'aller, avec des pinces-longuettes, cathétériser les grosses artères et en extraire les caillots obturateurs, ce qui permet au cours du sang de se rétablir.

A. Benoit.

Sur le traitement de la fissure douloureuse de l'anus par les courants électriques de haute fréquence, par Joulia (*La Touraine Médicale*, 15 octobre 1901). — Cette méthode, encore dans son enfance, car elle date de trois ans environ, a donné, depuis son origine, des résultats si parfaitement constants qu'il y a tout lieu de revendiquer pour elle la première place dans le traitement de cette affection.

D'une entière innocuité, d'une application extrêmement facile, elle consiste dans l'électrisation de l'anus par les courants de haute fréquence.

En 1897, le professeur Doumer, de Lille, a eu l'idée d'essayer les effluves de haute fréquence obtenues au moyen du résonateur d'Oudin. On sait que sous l'influence de l'énergie électrique elle-même, en dehors de toute action chimique, les ulcères, même les ulcères variqueux s'améliorent considérablement; que les eczémas guérissent rapidement et que les phénomènes douloureux qui accompagnent si souvent ces manifestations morbides et autres, disparaissent dans une large mesure. Il n'était donc pas illogique de penser que les divers éléments pathologiques de la fissure de l'anus pourraient être avantageusement modifiés par cet agent thérapeutique. L'effet a dépassé l'attente, car six malades ainsi soignés par Doumer pour des fissures plus ou moins douloureuses, et d'âges très différents, ont tous guéri dans un intervalle de temps très court après un nombre de séances de haute fréquence qui a varié de deux à quatre. Depuis, tous ceux qui ont employé cette méthode n'ont pu que la confirmer.

L'auteur a eu jusqu'ici six cas à soigner et les a vu guérir en peu de temps. Il a suivi la technique recommandée par l'auteur de la méthode. Une électrode en laiton glissée, à frottement dans un manchon de verre relié au solénoïde du résonateur d'Oudin, est introduite avec précaution dans l'anus, assez profondément pour intéresser toute l'épaisseur du sphincter. On laisse jaillir les étincelles pendant cinq à sept

minutes. D'ordinaire le soulagement est rapide : la sphinctéralgie diminue peu à peu pour disparaître complètement après la cessation du traitement.

Le traitement par lui-même n'est pas douloureux, car les étincelles de haute fréquence, au lieu de donner une sensation désagréable de piqûre comme les étincelles statiques, ne donnent lieu qu'à une sensation de chaleur parfaitement supportable.

Détail à noter, la constipation et les hémorroïdes disparaissent conjointement.

Les six cas relatés par l'auteur ont rapidement et définitivement guéri.

Quel peut être le mode d'action de ces courants de haute fréquence ?

Lorsque l'on crible d'étincelles ou d'effluves de haute fréquence, un point quelconque du tégument externe, on observe une insensibilité légère de la peau, qui peut aller jusqu'à l'analgésie presque complète si l'on poursuit l'opération.

Il y a une analogie pour les nerfs sensitifs avec ce qui se passe pour les nerfs moteurs. On sait que ces derniers ne sont nullement excités par la haute fréquence, contrairement à ce qui se produit avec les courants faradiques ou galvaniques. Avec la haute fréquence le muscle reste au repos ; et, non seulement il n'y a pas d'excitation du nerf moteur, mais il y a un retard dans son excitabilité, si bien qu'un nerf moteur préalablement soumis à l'influence d'un courant de haute fréquence, restera quelque temps avant d'être excité par un courant faradique ou galvanique.

C'est donc sur ces deux propriétés : *Insensibilité du nerf sensitif* et *inexcitabilité du nerf moteur*, que repose la théorie du mode d'action.

Les extrémités nerveuses sensitives mises à nu par la fissure, qui sont la cause de la sphinctéralgie, bénéficient des propriétés analgésiques du courant, d'où disparition du symptôme *douleur*.

Quant au phénomène *contracture spasmodique* de l'anus, il se trouvera atténué jusqu'à la disparition complète, par l'amoindrissement de l'excitabilité des nerfs moteurs.

La suppression du spasme amenant l'état de repos du sphincter, place enfin la fissure dans des conditions tout à fait favorables pour se cicatriser.

Le traitement de la fissure sphinctéralgique par l'électricité a un brillant avenir, car l'on supprime ainsi les douleurs atroces de la dilatation forcée de l'anus, en même temps que la chloroformisation et ses ennuis.

E. Vogt.

Ophtalmologie

Dr E. KOPFF

Médecin oculiste de l'hôpital St-Joseph

Conjonctivites à fausses membranes et complications cornéennes des conjonctivites, par Terrien (*Presse médicale*, n° 96, p. 308, 1901). — *Conjonctivite diphtérique pseudo-membraneuse*. — On distingue deux formes : l'une superficielle, caractérisée par la présence d'une fausse membrane d'un blanc grisâtre, siégeant à la surface de la conjonctive palpébrale, mais s'en laissant facilement détacher ; l'autre, interstitielle ou profonde, plus grave, avec exsudation d'un liquide sanieux, puis bourgeonnement de la conjonctive et éventuellement des adhérences entre les portions palpébrale et bulbaire de la conjonctive ; il faut compter de plus avec les complications cornéennes qui sont très fréquentes.

Depuis la découverte de la sérothérapie, la thérapeutique locale est passée au second plan et n'intervient qu'accessoirement. Le traitement consiste, avant tout, dans les injections de sérum antidiphtérique. Suivant l'âge et l'intensité de l'affection, on injectera, 10, 20, 30 ou 40 cc. de sérum antidiphtérique. On peut injecter en même temps sous la conjonctive quelques gouttes de sérum antidiphtérique.

Quant à la thérapeutique locale, autrefois conseillée (révulsifs, nitratation, attouchements au jus de citron, avec le sulfate de quinine, l'huile brute de pétrole, ablations de fausses membranes, etc.), elle ne présente aucun avantage et peut être dangereuse, en particulier la nitratation, les révulsifs, l'ablation des fausses membranes. Toutes ces manœuvres menacent la cornée en exposant à l'érosion de son épithélium. On peut en dire autant des grands lavages avec les solutions antiseptiques (permanganate de potasse, etc.), qui ne seront faits qu'avec une prudence extrême.

On doit se borner à protéger la cornée au moyen de pommade à l'iodoforme ou à l'aristol, à laver la fente palpébrale et à appliquer des compresses boriquées tièdes. Un bandeau doit occlure hermétiquement l'autre œil.

La *conjonctivite pseudo-membraneuse gonococcique* ne peut être traitée comme la conjonctivite purulente. On ne peut employer ni le nitrate d'argent, ni les scarifications, ni les applications glacées. On se contentera d'irrigations chaudes et d'attouchements au jus de citron. Ici encore, on préviendra les lésions mécaniques de la cornée par des onctions fréquentes de la muqueuse avec une pommade à l'iodoforme ou à l'aristol.

Conjonctivite pseudo-membraneuse due au bacille de Wreeks. — On peut, dans les formes légères, recourir au nitrate d'argent. Mais si l'infiltration fibrineuse est considérable, il faut abandonner le caustique et faire le traitement classique des fausses membranes : applications chaudes, lavages, badigeonnages au jus de citron.

Lésions cornéennes causées par le bacille de Wreeks.—Le traitement est celui de la conjonctivite elle-même; on évitera seulement, au moment même des inhalations, d'atteindre la cornée. En même temps, on prescrira les onctions avec la pommade iodoformée ou avec la pommade au protargol.

Vaseline..... } àâ 5 grammes.
Lanoline..... }
Protargol..... 1 gr.

Afin de protéger la cornée, on instillera chaque jour une ou deux gouttes d'un collyre à l'atropine.

Lésions cornéennes causées par le diplobacille de Morax. — Collyre au sulfate de zinc; pommades à l'iodoforme, au protargol ou même pommade jaune ou pommade à l'ichtyol.

Lésions cornéennes causées par le gonocoque. — Lorsque l'ulcère de la cornée est constitué, il faut avoir recours aux instillations d'ésérine qui pourront diminuer les chances de perforation.

Lésions cornéennes au cours de la diphtérie. — Le sérum prévient d'autant mieux l'infection cornéenne qu'il est injecté plus tôt.

Lésions cornéennes dues à des microbes divers. — Le pneumocoque, le staphylocoque, le streptocoque peuvent donner lieu à des lésions cornéennes quelquefois très graves, accompagnées d'hypopion et même de panophtalmie. Dans tous les cas il faut avoir recours aux cautérisations ignées de la cornée.

G. Lyon.

Considération sur le traitement opératoire de la myopie, par le Dr Eduardo Andrade (*Revista de Medicina y Cirugia de la Habana*, 10 août 1901). — L'auteur, après un court historique des traitements employés et surtout de celui de l'extraction du cristallin, termine par les conclusions suivantes : 1° L'opération de la myopie est indiscutablement utile si l'état de la réfraction de l'œil myope est tel que l'aphakie post-opératoire rende l'œil faiblement myope, emmétrope ou légèrement hypermétrope; 2° Avant l'opération on ne peut pas établir d'une manière exacte le degré de diminution de réfraction que supportera l'œil, mais on peut affirmer que seule une myopie de 16 D au plus, constitue une bonne condition pour obtenir un effet opératoire satisfaisant.

3° Les altérations chororétiniennes et en général toutes les altérations dépendant étroitement du processus myopique ne constituent pas de contre-indications à l'opération, celle-là tendant à les combattre;

4° L'acuité visuelle pour la vue à distance s'améliore positivement dans quelques cas ;

5° L'effort de convergence est diminué ou aboli et par conséquent la vision binoculaire se trouve favorisée;

6° La perte de l'accommodation est un désavantage produit par l'opération, sans qu'on puisse la considérer comme favorable à l'arrêt du processus myopique. Le mal peut être compensé exactement dans les cas où l'acuité visuelle est bonne : dans les cas où l'acuité visuelle est très diminuée il sera bon de la compenser car la vision de près sera alors très difficile. Si la profession du malade exige la vision de près, il faut opérer un seul œil;

7° La crainte d'un décollement de la rétine consécutif à l'opération ne peut constituer un inconvénient sérieux ou une contre-indication que dans les cas où auparavant existerait une menace de cette complication; toutefois il faut avoir soin d'exécuter cette opération sans léser le corps vitré.

F. Berini.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr Morel-Lavallée

Médecin des hôpitaux

La levure de bière dans le traitement de l'érysipèle et des eczémas humides (*La Normandie médicale*, 15 nov. 1901), par Dessaux. — L'auteur emploie systématiquement la levure dans l'érysipèle et n'a qu'à s'en louer. Tous ses malades ont guéri vite, sans suppuration, sans douleurs violentes, sans délire, pourvu que le traitement fût institué tôt, à la dose de trois cuillerées à café de levure de bière par jour. Chaque cuillerée est délayée dans un verre de cidre ou de bière, et elle est facilement acceptée. On peut employer indifféremment le levain de bière que l'on trouve chez tous les boulangers, ou la levure sèche des pharmaciens. Le levain des boulangers est sensiblement moins cher, mais il se décompose vite, et il a besoin d'être renouvelé tous les deux ou trois jours, surtout en été. Quant aux effets curatifs, ils paraissent identiques. Au bout de deux ou trois jours de traitement, l'érysipèle s'arrête, se dessèche, et

la guérison est définitive au bout de huit à dix jours.

L'auteur traite de même les eczémas humides, de différente nature, par le levain aux mêmes doses. Localement, il se contente d'onctions à la vaseline boriquée, avec enveloppement d'ouate non hydrophile, gommée sur une des faces pour empêcher l'air de pénétrer jusqu'à la peau. Pour les jeunes enfants, il fait donner deux cuillerées à café de levain seulement, à prendre dans un peu de soupe à peine tiède, matin et soir.

E. Vogt.

Le procédé Finsen dans le traitement du lupus (*Thèse de Saint-Pétersbourg, 1901*). — On sait que le procédé Finsen consiste à faire agir la lumière concentrée de l'arc de Volta.

Glubovsky a expérimenté ce procédé dans 22 cas de lupus, et voici les observations qu'il consigne à ce sujet dans sa thèse :

Le procédé Finsen détermine des phénomènes d'inflammation et de dégénérescence, d'où il résulte que les tubercules, moins résistants, disparaissent, tandis que les tubercules plus résistants prennent part à la formation du tissu cicatriciel qui vient les remplacer. On ne constate aucune trace immédiate de l'action de la lumière concentrée de l'arc de Volta. Ce n'est qu'au bout d'un laps de temps, variant de 2 à 5 heures, qu'apparaît de la rougeur à laquelle vient se joindre bientôt de la tuméfaction et de la sensibilité exagérée au toucher. Ces phénomènes atteignent un maximum d'intensité au bout de 24 heures. Lorsque le procédé Finsen est appliqué suivant les règles indiquées, on ne constate que bien rarement la formation de vésicules de volume plus ou moins considérable aux points où la lumière électrique a agi. Des ulcérations profondes s'observent encore plus rarement. Une irritation consécutive d'intensité moyenne disparaît généralement au bout de 7 à 10 jours. Après chaque séance, on constate un aplatissement de plus en plus considérable des tubercules lupiques.

Après 2 à 4 séances de traitement, les tubercules, soumis à l'action de la lumière électrique, cessent généralement d'être visibles à l'œil nu. Finalement les tubercules sont remplacés par des cicatrices lisses et minces, légèrement colorées de jaune.

Les vaisseaux sanguins contenus dans les tubercules à une certaine période de leur développement, se dilatent le lendemain des séances et se remplissent de sang. Des globules blancs viennent s'accumuler dans les environs de ces vaisseaux, les lacunes du tissu conjonctif se dilatent quelque peu et les cellules géantes subissent la dégénérescence vasculaire. Deux heures après la séance, ces phénomènes s'accentuent, en même temps qu'on observe une dégénérescence graisseuse du protoplasma et des phénomènes nécrobiotiques intéressant les noyaux des cellules des tubercules. Ces phénomènes sont peu prononcés dans les cellules épithélioïdes et fortement prononcés dans les cellules géantes.

Le quatrième jour les phénomènes d'inflammation et de dégénérescence s'atténuent, tandis que dans l'épithélium on constate une dégénérescence graisseuse accentuée des couches inférieures et une desquamation abondante des couches supérieures.

Au bout de deux séances, lorsque l'irritation aiguë est passée, on peut généralement constater que les couches supérieures du tégument cutané sont plus ou moins détergées.

Petit à petit, si le traitement est continué, tout le tégument cutané se débarrasse des tubercules. Les vaisseaux apparaissent dilatés pendant toute la durée de la cicatrisation. Au bout d'un laps de temps plus ou moins prolongé, après un grand nombre de séances, l'endothelium vasculaire commence à proliférer et petit à petit comble la lumière des vaisseaux.

Il est évident que certaines cellules épithélioïdes et lymphoïdes prennent part à la cicatrisation ; les cellules géantes dégénèrent et périssent. Quant au procédé lui-même, il s'est montré dans la majorité des cas relativement peu douloureux, peu fatigant et nullement dangereux.

En ce qui concerne la persistance de la guérison, l'auteur ne peut se prononcer à ce sujet, étant donné qu'on manque à l'heure actuelle d'observations datant de plusieurs années.

En terminant Glubovsky indique les deux inconvénients que présente le procédé Finsen : d'abord il revient cher, ensuite le traitement dure longtemps.

Roubleff.

Electrothérapie de la peau, par Lacaille (*Rev. de cin. et d'électrothérapie* 20 novembre 1901). — *Acné ponctuée. Comédons* — Le meilleur traitement à opposer à ces affections est, sans contredit la destruction des glandes hypertrophiées par l'électrolyse.

L'instrumentation est la même que pour l'hypertrichose, le procédé opératoire également. Le pôle positif, représenté par la plaque humide, sera placé le plus près possible de la région malade. Toutes les précautions aseptiques et antiseptiques ayant été prises tant pour l'opérée que pour l'opérateur et ses instruments, on traitera chacun des points d'acné les uns après les autres, en enfonçant l'aiguille

(négative) perpendiculairement à la peau, et ce jusqu'à ce qu'on perçoive une petite résistance (preuve que le fond du cul-de-sac glandulaire est atteint). Il suffit de régler une fois pour toutes l'intensité du courant (2 à 3 milliampères) (v. cette *Revue*, n° 22).

Dès que l'aiguille est introduite, on voit se dégager à son pourtour une légère mousse en même temps que la partie environnante s'entoure d'une zone blanche; au bout de 10 à 20 secondes au maximum l'opération est terminée. Il ne reste plus qu'à retirer l'aiguille et à recommencer dans un autre point : en passant d'un point à un autre, il est indispensable de flamber à nouveau et à chaque fois l'aiguille et de ne faire jamais dans la même séance deux points très rapprochés pour éviter la production d'une petite cicatrice. L'auteur pense qu'il est préférable de commencer autant que possible par exprimer le comédon avant de l'électrolyser, l'action est beaucoup plus rapide et le résultat plus parfait.

Au bout de quelques jours, on constate que la glande a été bien détruite et que son conduit excréteur est oblitéré, car en son lieu et place on ne distingue plus qu'une infime petite tache blanche qui, quelques semaines après ne se voit même plus.

Acné hypertrophique. Acné pustuleuse. — Ces deux formes d'acné se traitent de la même façon.

Le résultat obtenu est en général très bon, excepté, bien entendu, pour les boutons volumineux qui avaient déjà produit dans le derme des désordres par eux-mêmes irréparables.

Bien entendu, le malade doit suivre les traitements généraux appropriés à ces affections pour en éviter le retour et le développement, car l'électricité n'a ici d'autre prétention que de remédier lentement aux manifestations présentes.

Acné rosacée. Couperose. Varicosités de la face. Telangiectasies. — Que ces dilatations soient arborescentes ou en nappe, l'électrolyse faite avec délicatesse et expérience en aura parfaitement raison.

Voici d'ailleurs comment il faut procéder : on armera d'une aiguille excessivement fine en or ou en platine le pôle positif et on enfoncera hardiment cette aiguille dans un vaisseau en la dirigeant absolument comme si on en voulait faire le cathétérisme. L'intensité à employer sera de 2 à 8 milliampères au maximum. Dès que l'aiguille est enfoncée, il se produit une contraction capillaire qui fait filer devant l'instrument tout le sang qui n'est pas immédiatement coagulé ; la petite mousse blanchâtre habituelle se produit et l'opération est terminée au bout de 4 à 5 secondes, selon la grosseur du vaisseau. On ne devra pas traiter deux arborisations trop voisines, pour éviter les escharres confluentes.

Un des premiers résultats, c'est l'oblitération des vaisseaux, puis une décoloration progressive de la peau qui se congestionne de moins en moins selon les variations de température.

Les séances ne doivent être rapprochées que, si la lésion est très étendue en surface ; on peut ne pas traiter la même place à chaque fois. Les suites en sont d'ailleurs toujours très simples. La douleur est très supportable aussi bien pendant qu'après l'intervention.

Ce procédé est parfait et permet de rendre souvent de très grands services.

Verrues. Papillomes. — Le procédé à employer est toujours le même, le pôle actif varie seul. Pour chacune de ces affections, il sera préférable d'employer le pôle positif comme pôle actif.

Kystes sébacés. — Les kystes sébacés de la face et du crane, lorsqu'ils ne sont pas encore trop volumineux, peuvent être traités par l'électrolyse négative.

Avec toute l'antisepsie voulue et après anesthésie légère avec un demi-centigramme de cocaïne, on enfonce l'aiguille au centre de la tumeur, et on laisse passer un courant de 5 à 10 milliampères pendant quelques minutes jusqu'à ce que l'aiguille soit environnée d'une zone blanchâtre de la dimension d'une grosse tête d'épingle ; on recouvre ensuite la petite plaie d'une couche de collodion ou de vernis antiseptique. Deux ou trois jours après, on introduira à nouveau l'aiguille à la même place, mais cette fois obliquement, en la poussant jusqu'à travers la coque du kyste ; on fera ainsi 4 à 5 ponctions électrolytiques (4 à 6 milliampères, 2 minutes); 6 à 8 jours après la première intervention, l'escharre centrale se détachera. On fait alors une expression méthodique de la tumeur, qui fera sortir d'abord tout le contenu du kyste, puis la poche elle-même se présentera à l'orifice ; on la saisit avec une fine pince à dents et on continue l'expression, qui permettra d'extirper facilement toute la coque en un seul morceau. On termine par un pansement antiseptique sec et compressif qu'on retire quatre jours après.

Ce procédé est moins rapide que l'ablation au bistouri, mais le résultat final est meilleur, car l'électrolyse ne laisse, comme cicatrice, qu'un seul point qui, d'ailleurs, s'éteint très vite et n'est plus perceptible au bout de quelques mois.

Cheloïdes. — Cette affection peut donner de très beaux succès définitifs avec l'électrolyse négative, mais on constate aussi un certain nombre d'échecs.

L'aiguille, en relation avec le pôle négatif

sera enfoncée perpendiculairement à la surface de la chéloïde jusqu'au contact des tissus sains, le courant sera d'intensité de 10 à 20 milli (la chéloïde est presque insensible) et d'une durée de 30 à 40 secondes. Le point important est de ne pas attaquer les tissus sains (ce qu'on voit de suite, car le malade souffre dès que l'aiguille entre en contact avec eux). L'aiguille retirée est repiquée à quelques millimètres de là, de façon à ce que son action électrolytique empiète sur celle de l'application voisine, et ainsi de suite.

L'escharre tombe au bout de 2 à 3 semaines.

Lupus. — Ici, les succès sont beaucoup plus rares.

E. Vogt.

Emploi thérapeutique du sozoiodolate de soude dans les affections des organes génitaux externes (*Deutsche med. Ztg.*, 21 octobre 1901.) — Gouladze accorde aux sozoiodolates, sels de l'acide diiodophénolsulfonique, une série de propriétés importantes : ils favorisent la formation des granulations, la désinfection des plaies, enraient la suppuration, exercent une action siccative marquée, n'irritent pas le voisinage et n'ont aucune odeur.

Le sel sodique a été employé par l'auteur pour le traitement de diverses affections des deux sexes : il se présente sous l'aspect d'aiguilles longues, minces, sans odeur ni couleur, facilement solubles dans l'eau, difficilement solubles dans l'alcool.

Dans le chancre mou, le topique rend de grands services, car il dessèche promptement la surface ulcérée et fait disparaître les détritus en provoquant la formation de granulations abondantes : la cicatrisation est très rapide. En cas de balanite, d'herpès préputial, d'érosions du col utérin ou des petites lèvres, l'action du remède est de même très efficace. L'iodol, le xéroforme, l'europhène sont loin de donner d'aussi bons résultats.

L'auteur emploie le sozoiodolate de soude en nature ou mélangé à parties égales d'une poudre indifférente. Pour le traitement de lésions syphilitiques des cavités nasales ou du larynx, des solutions aqueuses de 1 à 5 0/0 en pulvérisations rendent de grands services, et dans le catarrhe sec du pharynx, l'auteur prescrit des gargarismes avec une solution à 4 pour 300.

Les syphilides papuleuses de la cavité nasale seront traitées par des insufflations de sozoiodolate de soude 1 partie, talc 2 à 3 parties. En cas de blennorrhagie, on prescrira des injections de 2 à 4 pour 150. Dans les cas d'ulcères de jambe présentant peu de tendance à la guérison, tels qu'on les observe chez les syphilitiques, on appliquera des cristaux concassés en nature; même traitement pour les ulcérations gommeuses du pharynx et du larynx. Dans l'ulcère de jambe classique, les pommades avec 1/4 ou 1/2 0/0 de substance active suffisent à amener la guérison.

La pulvérisation des cristaux ne doit pas être poussée à fond, la poudre grossière agissant plus énergiquement que la poudre fine.

Les recherches se rapportent à 324 malades de l'hôpital militaire de Varsovie.

E. Vogt.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté.

Traitement des incontinences d'urine par les injections épidurales, par Albarran et Cathelin (*Congrès français d'urologie*, 1901). — MM. Albarran et Cathelin ont traité 15 cas très divers d'incontinence d'urine par les injections épidurales de sérum (15 à 20 c. cubes par injection) ou de cocaïne à 2 0/0 (1 c. cube par injection). En général deux ou trois injections étaient faites, séparées par un jour d'intervalle et, suivant l'effet obtenu elles étaient répétées plus ou moins souvent.

Dans les cas suivis de succès, des résultats favorables étaient obtenus, dès les premières injections.

Sur 15 malades traités, les auteurs n'ont eu que deux échecs complets; tous les autres malades ont été très améliorés ou guéris.

Parmi ces cas, 5 concernent cinq incontinences infantiles nocturnes, sur lesquels trois guérisons immédiates ont été obtenues dès la première injection de sérum; deux très grandes améliorations après deux et trois injections, dont les dernières avec 5 milligr. de cocaïne.

Une incontinence nocturne chez un adulte névropathe a été grandement et rapidement améliorée.

D'autres cas, concernant de fausses incontinences chez des vieillards, ont guéri également, ainsi que 2 cas sur 3 d'incontinences chez des tuberculeux urinaires. Ces résultats remarquables, obtenus dans des cas si divers, prouvent que, dans la pathogénie des incontinences d'urine les plus dissemblables en apparence, il peut y avoir un facteur commun : l'inhibition du sphincter.

G. Lyon.

Des différentes formes de spermatorrhée et de leur traitement électrique, par le Dr Denis Courtade (*Bull. offic. de la Soc. franç. d'électro-*

thérapie, novembre 1901). — Il existe plusieurs formes de spermatorrhées qui ne sont pas toutes, au même degré, justiciables du traitement électrique. L'une tient à une lésion locale, soit des vésicules séminales, soit de la prostate, soit surtout de l'urètre postérieur, l'autre dépend d'un trouble dans le fonctionnement du système nerveux.

1° La première forme de spermatorrhée fait partie surtout du domaine du chirurgien et doit être traitée par les moyens appropriés. L'électricité peut cependant être employée si, après la guérison de l'état local, il persiste encore de la spermatorrhée : le traitement électrique donnera habituellement, dans ce cas, aux voies séminales leur tonicité et leur irritabilité normales.

2° Parmi les spermatorrhées du second groupe, il faut distinguer, dès l'abord, celles qui sont liées à une affection organique du système cérébro-médullaire, telles que myélite chronique, ataxie locomotrice, paralysie générale. Dans ces cas, la spermatorrhée est évidemment liée à l'évolution de la maladie primitive. Elle pourra pourtant être modifiée favorablement, du moins d'une manière transitoire et au début de la lésion.

Les autres spermatorrhées relèvent surtout de la neurasthénie et, ici, le traitement électrique se montre d'une efficacité incontestable.

Il faut distinguer deux sortes de spermatorrhée d'origine neurasthénique. Les unes sont en effet le résultat d'une excitabilité trop grande des voies spermatiques : elles ont lieu surtout pendant la nuit et sont accompagnées de rêves libidineux. Les autres résultent plutôt d'un état atonique et se produisent de préférence pendant le jour, après la miction ou les efforts qui accompagnent la défécation.

Souvent ces deux formes sont réunies et le malade présente en même temps des pollutions nocturnes et des pertes séminales diurnes.

Voici en quoi consiste le traitement :

1° Agir d'une manière réflexe sur les centres génito-spinaux au moyen du courant faradique à intermittences rapides et à fil fin, avec un pôle au niveau de la région vertébrale dorso-lombaire et un pôle sur le périnée. Le traitement pourra réussir seul dans le cas de spermatorrhée à forme irritative. Dans le cas de spermatorrhée à forme asthénique, il faudra électriser plus directement les vésicules séminales soit en introduisant dans le rectum une électrode en charbon semblable à celles employées pour électriser l'utérus, soit en introduisant un électrode dans l'urètre, jusqu'au niveau du vérumontanum. On se servira plutôt, dans ce cas, du courant faradique fourni par la bobine à gros fil, avec des intermittences lentes.

On pourra aussi employer une électrode rectale que l'on introduira jusqu'au niveau des vésicules séminales et qui servira à faire passer un courant de 10 à 15 milliampères. Il faut éviter de laisser passer ce courant d'une manière continue : on doit au contraire faire des intermittences et des renversements fréquents et changer souvent l'électrode de place pour éviter la production d'escharres.

L'électricité, appliquée localement, peut guérir l'état local, mais reste sans effet sur la cause elle-même ; il faut donc tonifier le malade si l'on ne veut pas voir se reproduire les troubles morbides après cessation du traitement.

Sur 18 malades de l'auteur, neuf d'entre eux ont été guéris, six améliorés et trois n'ont éprouvé aucun soulagement. Les 9 malades guéris étaient surtout des neurasthéniques plus ou moins bien caractérisés. Il n'est pas étonnant de voir l'électricité réussir si bien dans la spermatorrhée d'origine neurasthénique, car on peut comparer cette dernière maladie à l'incontinence d'urine infantile, dans laquelle l'électrisation localisée donne d'excellents résultats.

E. Vogt.

Traitement de l'hydrocèle, par M. J. A Fort (*Indépend. médicale*, 1901, n° 36). — L'auteur appelle l'attention sur le contraste qui existe, au point de vue pathologique, entre la séreuse vaginale et péritonéale, malgré leur identité d'origine. Tandis que l'ascite *essentielle* est rare, les hydrocèles indépendantes d'une lésion testiculaire sont très fréquentes. Prises à temps, il n'est pas nécessaire d'en venir au traitement par l'incision, que l'auteur qualifie de barbare, encore moins à l'injection iodée après ponction, car le malade ne guérit qu'au prix d'une douleur violente et d'une inflammation locale considérable. M. Fort a appliqué avec succès un procédé ancien, tombé dans l'oubli, et qui se recommande par sa simplicité ; voici l'explication qu'il croit devoir donner de l'effet heureux que l'on en tire.

Quand la tunique vaginale est pleine de liquide, le pouvoir absorbant de l'endothélium vaginal est anéanti sans qu'on puisse en connaître la cause. Il est difficile de préciser si c'est l'effet d'une modification qui lui est propre, ou à cause de la densité du liquide. Mais, si l'on ajoute au liquide de l'épanchement un liquide qui en change la densité, on réveille le pouvoir absorbant de l'endothélium et l'hydrocèle disparaît.

Pour éviter toute douleur, voici le manuel opératoire : 1° On applique pendant 5 minutes un morceau de glace sur le point à ponctionner ;

2° Sur ce même point, injection de cocaïne; 3° Ponction avec un trocart capillaire, pour évacuer la moitié environ de l'épanchement; 4° Dans le liquide restant, on injecte 3 à 5 gr. d'alcool rectifié à 90°. L'absorption se fait en quelques jours.

A. Benoit.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL,

Chef du Laboratoire de la Maternité, à l'hôpital de la Charité

Du traitement des fistules vésico-vaginales (*Société de Chirurgie*, 13 novembre 1901). — M. Bazy analyse une observation de M. Spartani (Smyrne) concernant une jeune femme de 16 ans atteinte d'une fistule vésico-vaginale consécutive à un accouchement. L'orifice de la fistule offrait la largeur d'une lentille. Deux lambeaux furent taillés et suturés; le 5e jour, il se produisit une urétrorrhagie abondante telle que M. Spartani crut devoir enlever les points de suture; de nombreux caillots s'échappèrent de la vessie. Un mois plus tard, il eut recours au procédé du dédoublement qui lui donna un plein succès.

A côté de ce fait, M. Bazy en cite un personnel. Sa malade avait eu une large destruction de la paroi vésico-vaginale à la suite d'une pression de la tête fœtale pendant 3 jours 1/2 dans le vagin. La largeur de la fistule était celle d'une pièce de 2 francs et au fond du vagin, considérablement rétréci, on voyait la muqueuse vésicale faire hernie. Après avoir fait un décollement en avant et en arrière, M. Bazy a taillé deux lambeaux qu'il a suturés en surjet et a pu ainsi combler la brèche. Mais l'urèthre avait été intéressé et est resté incontinent; pour y remédier, le malade a dû porter un appareil.

M. Berger fait remarquer que si le dédoublement est certainement un procédé de choix, il n'est pas toujours applicable. On est parfois obligé de recourir à d'autres procédés, que l'on peut mener à bien, même à travers un vagin très rétréci, car par des dilatations il est souvent possible d'opérer sans débridement. Pour les points de suture, M. Berger préfère les crins de Florence ou les fils d'argent.

M. Delbet pense que si la voie vaginale est la voie ordinaire que l'on suit pour réparer ces fistules, il peut arriver qu'elle soit insuffisante et que l'on soit forcé de recourir à la taille hypogastrique.

Il y a quelques années, il avait déjà pratiqué sur une femme deux interventions par le vagin qui avaient abouti à fermer presque toute la fistule: cependant il persistait à droite une sorte de diverticulum remontant jusqu'au détroit supérieur et laissant filtrer par moments quelques jets d'urine. Il a alors fait la taille hypogastrique et il a trouvé un orifice de la largeur d'une pièce de 50 centimes, au niveau duquel la vessie adhérait à l'os iliaque. Il en a tenté l'oblitération: mais, malgré un résultat satisfaisant, la malade ne fut pas complètement guérie, car elle perdait encore de temps en temps quelques gouttes d'urine.

Pour ce qui est des urèthres incontinents, M. Delbet croit qu'on peut y remédier par l'opération de Gersuny, la torsion du canal.

M. Ricard se sépare de M. Berger au sujet de l'application du dédoublement. Plus on le pratique, plus on recule les limites, et les cicatrices étendues n'en sont pas une contre-indication.

Il y a peu de temps, M. Ricard l'a appliqué sur une femme qui avait déjà été opérée 19 fois, ce qui laisse deviner le tissu cicatriciel qui existait. La première tentative de M. Ricard a échoué, mais la seconde a réussi.

M. Bouilly a constaté que, depuis quelques années, les fistules vésico-vaginales sont beaucoup plus rares qu'autrefois, probablement parce que les accoucheurs temporisent moins, et elles se présentent sous un aspect plus simple, favorable au procédé du dédoublement.

En ce qui concerne les fistules compliquées, M. Bouilly se rappelle avoir opéré une jeune femme dans les conditions les plus détestables. La fistule intéressait sur une grande étendue la vessie, la paroi antérieure du vagin et de l'urèthre, et on a dû réparer le tout par une série d'opérations. Pourtant l'urèthre laissait encore couler l'urine involontairement. La malade quitta ainsi Paris et, quatre ans plus tard, elle annonçait que, depuis deux ans, elle n'urinait qu'à sa volonté; il s'était donc reformé une sorte de sphincter.

M. Delbet conseille de pratiquer la torsion de l'urèthre. L'opération est bonne; elle réussit, mais non pas dans ces cas. Elle est applicable chez des malades qui perdent leur urine sans qu'on sache pourquoi, et elle réussit sans qu'on sache également pour quelles raisons.

M. Quénu croit que le procédé du dédoublement peut être mis en pratique dans presque tous les cas. Il y a eu recours sur un moignon d'hystérectomie, au milieu de tissus cicatriciels, qui ne se sont pas opposés au dédoublement.

Néanmoins, il est des fistules qui ne peuvent être réparées par aucun procédé.

R. Blondel.

Traitement médical des troubles menstruels d'origine utéro-ovarienne (*Société de médecine de Paris*, séance du 23 novembre 1901), par M. Edmond Vidal. — L'auteur annonce qu'il ne s'occupera que de l'aménorrhée, des ménorragies et des métrorragies. Laissant de côté la dysménorrhée, qui doit faire l'objet d'un travail ultérieur, il étudie comparativement l'aménorrhée et la métrorragie, et montre combien rarement ces troubles sont d'origine purement génitale, le principal rôle étant dû en général à une déviation dans le fonctionnement du centre vaso-moteur. Passant en revue les médicaments emménagogues et hémostatiques journellement employés, M. Vidal, par des arguments physiologiques tirés des plus récents travaux, établit leur peu d'utilité et leurs dangers, et met en garde le praticien contre leur emploi irraisonné. C'est dans la physiothérapie que M. Vidal voit la meilleure thérapeutique à opposer aux troubles menstruels. Sa théorie du neurône, jouant vis-à-vis de l'agent physique : chaleur, froid, onde électrique ou lumineuse, le rôle de *transformateur*, est aussi neuve que rationnelle et permet une compréhension parfaite de l'action de cet agent physique sur la cellule.

La chaleur, la lumière, l'électricité, l'aérothérapie et la climatothérapie, l'hydrothérapie, la mécanothérapie et le massage, les eaux minérales, etc., sont successivement étudiés, et la précision de leurs effets en gynécologie fait le côté nouveau de cette communication.

M. Benin-Barde fait, à cette occasion, un exposé très détaillé du rôle de l'hydrothérapie dans le traitement des perturbations que peut subir l'appareil génital de la femme. Il faut être très circonspect dans l'emploi de cet agent thérapeutique. Les congestions utérines passives, surtout accompagnées de névralgies, seront traitées utilement par la douche froide précédée de douche écossaise locale. La douche, plutôt dangereuse au début des règles, sera fort utile vers la fin. Puissant modificateur, tonique précieux, la douche ne passe plus qu'au second plan dans les cas de tumeurs utérines, qui relèvent de la chirurgie.

R. Blondel.

Un nouveau traitement des exsudats pelviens chroniques, par Oscar Polano (*Centralb. für Gynak.*, 27 juillet 1901, n° 30). — L'auteur a appliqué à des cas gynécologiques le traitement par l'air chaud que Bier a employé dans les affections articulaires chroniques. C'est surtout aux exsudats pelviens chroniques que la méthode paraît convenir. Les cas récents sont à réserver. L'auteur a fait disparaître totalement par l'air surchauffé, après 20 séances, un exsudat dur comme pierre, allant sur les côtés jusqu'à l'os iliaque et en haut jusqu'à l'ombilic.

Même succès dans un cas d'infiltration des parois abdominales consécutive à une laparotomie remontant à six mois. Après 14 séances, la tumeur, du volume d'une petite pomme, sensible à la pression, avait disparu. Il reste en général un tout petit noyau sans importance.

Si, à côté de l'exsudat paramétritique, il y a inflammation des annexes, la résorption se fait moins bien. Dans un cas, on avait constaté avant le traitement une grosse masse dans laquelle on ne pouvait rien différencier ; à la suite du traitement, on sentait nettement une trompe en forme de boudin : le parametrium était normal.

Après évacuation, par la voie abdominale, de foyers suppurés, on peut appliquer l'air chaud à l'exsudat qui reste, en prenant la précaution de recouvrir de poudre d'iodoforme la plaie en voie de cicatrisation, pour éviter des brûlures par les sécrétions échauffées.

Pour le même motif, il faut s'abstenir de vider les petites cloques qui peuvent apparaître à la peau. Elles disparaissent spontanément quand on continue l'application de l'air chaud.

A côté des modifications objectives que le traitement par l'air chaud fait naître, l'auteur signale la disparition presque immédiate de toute douleur.

L'auteur décrit en détail l'appareil dont il se sert : une boîte formée de 2 parties, une supérieure et une inférieure, disposée de façon que la malade puisse y placer la région du corps située entre l'ombilic et le haut des cuisses. L'appareil permet le chauffage à l'aide d'une lampe de Bunsen. Un thermomètre est adapté à l'appareil. Dans les cas d'exsudats paramétritiques, l'auteur introduisait dans le vagin un spéculum en gomme durcie pour faire agir l'air chaud par le vagin.

Le premier jour, on laisse la malade durant 20 minutes à 120°. Les jours suivants, on prolonge la durée de l'application et on élève progressivement la température. En 8 jours des femmes même sensibles supportent durant trois quarts d'heure une chaleur sèche de 135 à 150°.

Les femmes, surtout les grosses, ruissellent de transpiration, même au haut du corps et à la figure. Les parties du corps enfermées dans l'appareil sont marbrées, rouges comme des écrevisses ; du col sort une sécrétion abondante. Les femmes accusent un léger picotement.

Lorsque la séance de traitement a été assez longue, on abaisse la température durant 5 minutes. On fait essuyer la femme, on l'entoure d'une serviette ouatée et on fait la reposer au lit durant une heure.

R. Blondel.

L'hypnose dans les vomissements incoercibles de la grossesse (*Med. Obosr.*, n° 9, 1901). — Anouffrieff est enclin à voir la principale cause de la maladie dans le système nerveux central; ce qui tendrait à le prouver, c'est entre autres ce fait qu'il existe des cas assez nombreux où les vomissements incoercibles ont disparu à la suite de mesures thérapeutiques locales peu importantes, par exemple l'excision d'un polype.

En effet, pour l'auteur, ce n'est pas l'excision du polype qui a agi, mais plutôt la suggestion; ce sont précisément ces considérations qui ont fait songer l'auteur à l'utilité de l'hypnose. Il y a donc eu recours dans deux cas de vomissements incoercibles. Dans les deux cas la suggestion a été pratiquée deux fois; dès après la première séance les vomissements ont sensiblement diminué; ils ont disparu complètement après la seconde séance et l'état général des malades s'est progressivement amélioré.

L'auteur n'a pas complètement endormi ses malades.

Le résultat véritablement brillant obtenu dans ces deux cas par l'hypnose indiquerait bien en effet, que la cause initiale des vomissements incoercibles se trouve dans le système nerveux central.

J. Roubleff.

Pédiâtrie

Dr THIERCELIN

Chef de clinique à la Faculté de Médecine

Traitement de l'entérite saisonnière infantile, par le Pr Monti (*Wiener Klinick* n° 27, 1901). — Le lait pur, bouilli, constitue pour l'auteur la base de l'alimentation dans cette affection: pour calmer la soif, on donnera du thé russe additionné de quelques gouttes de cognac. Les amylacés et plus tard la viande ne seront permis que lorsque les selles auront retrouvé une consistance presque normale.

Comme traitement médical, on aura recours aux irrigations intestinales de 1 à 2 litres, suivant l'âge de l'enfant. On commencera par des solutions chlorurées sodiques de 1/2 à 1 0/0, injectées à la température de 20°. Si une première irrigation est suivie à bref délai d'une évacuation de selles mélangées de glaires, il sera bon d'injecter des liquides capables d'acidifier le contenu de l'intestin: on choisira de préférence une solution de tannin à 1 0/0 que l'on injectera 2 ou 3 fois par jour. Dans les cas chroniques et surtout quand les selles contiennent du pus ou des masses membraneuses, l'acétate d'alumine à 3 0/0 sera souvent préférable au tannin.

L'élimination des toxines absorbées sera obtenue par des bains tièdes.

E. Vogt.

Traitement de la dysenterie aiguë des enfants par les lavements d'eau oxygénée (*Société de méd. et de chir. de Bordeaux*, 29 nov. 1901.) — Rocaz a employé, dans une épidémie grave de dysenterie aiguë qui a sévi dans les environs de Bordeaux, l'eau oxygénée en deux ou trois lavements quotidiens pratiqués avec une sonde longue.

Sur une dizaine de malades de deux à douze ans, les bons effets du traitement se sont fait sentir dès les deux ou trois premiers jours. Les selles ont vite changé d'aspect, elles renfermaient moins de pus et de sang; elles étaient de moins en moins fréquentes et le sphincter reprenait sa tonicité. Pour être sûr de la guérison, il est nécessaire de continuer la médication quelques jours après la disparition des accidents.

E. Vogt.

Les vomissements avec acétonémie chez les enfants (*Archives de Medecine des enfants*, novembre 1901). — Il s'agit d'une affection probablement identique à celle qui a été décrite sous le nom de vomissements cycliques ou périodiques.

Ces vomissements ne s'observent que de un à dix ans et presque exclusivement dans la pratique de la ville. Ils apparaissent au cours d'une bonne santé apparente. L'enfant éprouve d'abord de la lassitude, de la céphalée, de l'anorexie. Puis surviennent, au bout de quelques heures, les vomissements accompagnés ou précédés d'une haleine acétonémique très pénétrante; ils sont incessants, opiniâtres, ils sont d'abord alimentaires, puis muqueux. L'eau pure elle-même est rejetée de suite.

L'haleine exhale une forte odeur d'acétone qu'on perçoit en entrant dans la chambre du malade; l'urine présente une odeur identique, mais plus faible; elle contient de l'acétone à des doses variant de 0 gr. 40 à 0 gr. 60.

Il existe habituellement un léger état fébrile, un peu d'abattement. La respiration est souvent irrégulière, entrecoupée de grands soupirs, ralentie.

Après deux ou trois jours, l'amaigrissement commence; le faciès revêt le type cholériformique, la faiblesse devient extrême.

La crise dure en moyenne cinq ou six jours et cesse brusquement: du jour au lendemain, les aliments sont tolérés et l'odeur acétonique disparaît. L'affection est sujette à récidive.

Elle survient ordinairement chez des enfants neuro-arthritiques, mais sans troubles digestifs antérieurs.

Elle résulte d'une intoxication de cause et de nature inconnue.

On donnera comme unique aliment de l'eau sucrée, ou du lait coupé avec moitié d'eau glacée et à très petites doses : une cuillerée à dessert toutes les heures. Puis, quand les vomissements diminueront, on donnera du lait moins dilué, en plus grande quantité, toujours glacé. Quand ils auront pris fin, on fera prendre pendant un jour du lait pur, et le lendemain, on permettra, en outre, un œuf ou un potage. Le troisième jour, les enfants reprendront leur régime habituel.

A ce régime, on associera la magnésie à dose fractionnée (0 gr. 20 cinq fois dans les 24 heures); tous les jours un lavement simple.

Si la crise se prolonge, il faudra lutter contre le collapsus au moyen des injections de sérum.

G. Lyon.

Prophylaxie et traitement de la coqueluche, par Weil et Péchu (*Semaine médicale*, n° 49, p. 385, 1901). — M. Weill ne croit guère à la contagiosité de la coqueluche pendant la période des quintes. Il pense que la maladie, à l'instar de la rougeole, des oreillons, se transmet avant l'apparition des signes cliniques caractéristiques. M. Grancher admet que la coqueluche est contagieuse soit avant, soit pendant les quintes.

En ce qui concerne l'isolement des malades, M. Weill considère comme trop rigoureux le règlement qui prescrit, dans les écoles, l'éloignement du coquelucheux jusqu'à deux et même trois semaines après la cessation des quintes.

Dans les coqueluches légères, il est utile de laisser les malades à l'air libre pendant les heures chaudes de la journée. Quant au changement de séjour, son influence est discutable. On conseillera surtout le changement de séjour dans les cas de coqueluche grave.

La belladone est encore très employée ; la quinine peut être utile dans certaines formes avec fièvre ; mais on l'utilisera surtout en suppositoires, pour nettoyer les voies digestives. Le bromoforme est un remède actif, qui n'est pas sans dangers ; ses inconvénients résultent surtout de la difficulté de son administration, le bromoforme étant difficilement soluble dans les différents liquides. M. Weill accorde la préférence à l'antipyrine, très bien supportée par les enfants, en général.

Les moyens externes sont non moins nombreux que les internes ; on a tout vanté : les badigeonnages du nez, du pharynx et du larynx, les inhalations, les insufflations intra nasales. Il ne faut pas perdre de vue que les badigeonnages laryngés peuvent occasionner des quintes par voie réflexe. En ce qui concerne les inhalations, M. Weill utilise celles de quinoléine, isolée en 1835, par Runge, du goudron de houille.

Elle a été employée d'abord sous forme de tartrate de quinoléine à la dose quotidienne de 0 gr. 25 à 1 gramme. M. Weill utilise uniquement la quinoléine synthétique, que l'on ajoute à la dose de 20 gouttes à 100 grammes d'eau, que l'on porte à l'ébullition. On ordonnera 3 ou 4 séances d'inhalations par jour, chacune ayant une durée maxima de vingt minutes (Martin, Th. de Lyon, 1897). Ces inhalations diminuent l'intensité et la fréquence des quintes.

G. Lyon.

Traitement de la pneumonie franche chez l'enfant (*Therap. Monatshefte*, novembre 1901). — Heim rappelle que le traitement de la pneumonie, si difficile déjà chez l'adulte, est chez l'enfant moins facile encore, car les dangers que court le patient, ne sont pas exactement les mêmes à tous les âges. Il suffit d'attirer l'attention sur l'alcoolisme et la tendance aux convulsions, pour montrer combien les méthodes thérapeutiques devront différer, suivant qu'il s'agira d'adultes ou de jeunes enfants.

Le traitement préconisé par l'auteur pour les pneumoniques du premier âge est le suivant : l'air de la chambre du malade sera fréquemment renouvelé et saturé de vapeur d'eau. L'alimentation sera copieuse, et se composera de lait en abondance, viande pulpée, œufs à la coque et volailles tendres. Le kéfir remplacera le lait si ce dernier est mal supporté. L'alcool est nettement indiqué, car son action stimulante est indubitable. La sécrétion rénale sera en même temps sollicitée par l'administration d'eaux minérales alcalines.

La fièvre élevée, avec grande agitation, inappétence et insomnie ne devra pas être combattue par des bains froids, qui sont mal supportés et indiqués seulement en cas de troubles cérébraux. L'auteur préfère l'emploi d'antithermiques chimiques, parmi lesquels la lactophénine aux doses de 0,3 à 1 gramme suivant l'âge, deux à trois fois par jour, constitue le médicament le plus recommandable. Chez les nourrissons, on aura recours aux lavements de quinine addition-

nés de chloral pour prévenir les convulsions. En même temps, on appliquera sur le thorax des compresses humides. En cas de point de côté, on appliquera une vessie de glace, des sangsues, éventuellement même on aura recours à l'injection de morphine. Dans les cas de ce genre, la morphine agit comme expectorant en supprimant le point de côté, obstacle principal à l'expectoration énergique.

Pour favoriser les inspirations profondes, on donnera des bains de 22 à 25° et si le processus pathologique a envahi une grande partie du poumon, on administrera des bains à 38°.

En cas d'affection cardiaque concomitante, la digitale s'impose : elle n'est pas indiquée dans les autres cas, car les troubles cardiaques observés au cours de la pneumonie sont dus à une paralysie toxique des centres vasomoteurs, qui doit être combattue par le camphre ou la caféine. Si toutefois le cœur droit devient insuffisant, si la dyspnée et la cyanose augmentent, on recourra à la digitale.

L'œdème pulmonaire sera combattu par la saignée, quel que soit l'âge de l'enfant. On pourra en même temps prescrire des inhalations d'oxygène dans les cas où elles sont possibles. Les expectorants (polygala, ammoniaque anisée) seront en outre administrés.

L'auteur estime en terminant qu'il y a mieux à faire, dans la pneumonie infantile, que de compter sur la « vis medicatrix », considérée comme suffisante par des autorités médicales, pour combattre une maladie aussi variée dans ses manifestations.

E. Vogt.

Un cas de goître exophtalmique chez un enfant de quatre ans et demi (*Société Médicale des Hôpitaux*, 6 décembre 1901). — MM. Roy et Variot présentent un enfant de quatre ans et demi chez lequel on constate la triade symptomatique de la maladie de Basedow (goître, exophtalmie, tachycardie). Depuis que le petit malade a été soumis à la médication thyroïdienne, le pouls est tombé de 168 à 140, l'anémie a disparu et le poids a augmenté de 3 kil. 800.

M. Marie considère les préparations thyroïdiennes comme plus nuisibles qu'utiles dans le véritable goître exophtalmique : par contre, le traitement peut être utile dans le goître basedowifié.

M. Jonnot a constaté également l'aggravation de l'état des malades à la suite du traitement thyroïdien ; en outre, il a vu survenir, à la suite du même traitement des accidents asystoliques très prononcés chez une malade atteinte de goître basedowifié, il ne croit donc pas tout à fait exacte la distinction établie par M. Marie, au point de vue de la façon dont ils se comporteraient sous l'influence de la médication thyroïdienne, entre les goîtres basedowifiés et les goîtres exophtalmiques vrais.

M. Rendu a observé au contraire une amélioration très notable chez une jeune fille atteinte de maladie de Basedow, à la suite du traitement thyroïdien. Cette différence d'action de la médication suivant les malades est peut être due à ce que le syndrome de Basedow est tantôt d'origine toxique et tantôt d'origine névropathique.

G. Lyon.

L'insomnie chez l'enfant (*Deutsche med. Ztg*, 14 novembre 1901). — Furst constate que l'insomnie nécessitant une intervention thérapeutique se manifeste en général vers le 6e mois : elle est alors purement d'origine digestive et sera traitée par des modifications dans le régime, par des bains à 35° C., etc.

De 2 à 7 ans, l'insomnie est de cause psychique, et due trop souvent à de mauvaises habitudes de l'entourage de l'enfant : on excite l'imagination de celui-ci par des récits fantastiques ou terrifiants. C'est donc à la pédagogie qu'on s'adressera de préférence pour calmer ces états d'excitation nerveuse, plutôt qu'à des médicaments : il est toutefois nécessaire, dans quelques cas, de recourir aux hypnotiques, parmi lesquels l'auteur préfère le dormiol en lavement, à la dose de 1 gr. pour un lavement d'amidon. La voie rectale est préférable, car le dormiol présente un goût et une odeur qui le font difficilement accepter par la majorité des enfants de cet âge. A partir de 7 ans, l'enfant n'a plus de répugnance, en général, à prendre par voie stomale les doses de dormiol. A cette période de la vie, l'insomnie devient fréquente, surtout chez les jeunes filles anémiques, dont le cerveau ne trouve aucun repos : si le sommeil est obtenu, il est toujours, dans ces cas, compliqué de rêves angoissants. Cet état se continue jusqu'à la puberté ; il peut être combattu par une série de mesures d'ordre psychique, un choix judicieux des lectures et des amusements, etc. Le repas du soir sera léger, les alcooliques, le café, le thé seront supprimés. Ici encore, le dormiol représentera un calmant de choix, qui a le grand avantage de pouvoir être administré pendant un temps assez long sans inconvénient. Dans deux cas de terreurs nocturnes, la guérison fut obtenue en 10 à 14 jours par l'administration quotidienne de dormiol. Dans un cas compliqué de chorée diurne, l'excitabilité musculaire fut favorablement influencée pendant le jour, bien que le médicament n'eût été donné que le soir.

En résumé le dormiol est préférable à la mor-

phine, aux bromures, etc. : tous ces hypnotiques, administrés pendant un certain temps peuvent amener des troubles appréciables.

E. Vogt.

Traitement du rachitisme, par le Pr Monti (*Wiener Klinik 26*, 1901). — L'alimentation de l'enfant rachitique âgé de 1 à 2 ans se composera de bon lait de vache, de potages, de viande, d'un peu de légumes ou de farines de légumineuses. On déplacera souvent les malades dans leur lit, on les portera peu sur les bras, on n'essaiera pas de les faire marcher.

Pour le traitement proprement dit, on s'adressera en premier lieu aux bains salés, ferrugineux, avec addition d'extrait de bourgeons de sapin, etc.; les bains de soleil et de sable seront utiles aussi. Les lavages et frictions à l'eau froide exercent une action thérapeutique indéniable. Les troubles digestifs seront activement combattus par les lavages de l'estomac avec la solution salée physiologique et l'administration d'acide chlorhydrique, etc. L'huile de foie de morue, le fer, le phosphore, la thyroïdine, le thymus, les capsules surrénales ne paraissent pas, selon l'auteur, exercer l'action thérapeutique qui leur a été tour à tour attribuée.

Pour éviter les complications (le spasme de la glotte par exemple), l'institution d'un régime sévère rendra de grands services.

E. Vogt.

Emploi de la poudre de lanoforme dans le traitement de l'intertrigo des nourrissons (*Therap. Monastshefte*, novembre 1901).—Siefert a jusqu'ici préféré, parmi les topiques liquides destinés à combattre l'intertrigo des nourrissons, une solution à 4 0/0 de benzoate de soude, mais cette solution présente les inconvénients inhérents à tous les topiques liquides. Les topiques pulvérulents ont, d'un autre côté, la tendance à former des grumeaux qui irritent la peau : il est donc difficile de trouver un procédé satisfaisant.

Dans ces derniers temps, l'auteur a eu l'occasion de se servir de la poudre de lanoforme, combinaison d'adeps lanae et d'aldéhyde formique, avec addition de talc, d'oxyde de zinc fraîchement précipité et d'un peu d'amidon (les proportions respectives ne sont pas indiquées dans le travail). Ce topique est stérilisé : il est extrêmement hygroscopique et exerce une action légèrement antiseptique et astringente. Son application ne provoque pas la formation de grumeaux épais : l'imprégnation de l'épiderme est aisément obtenue et sa couche protectrice est assez adhérente pour résister au lavage à l'eau de savon.

40 nouveau-nés atteints d'intertrigos, soumis à ce traitement, ont été rapidement débarrassés de leur dermatite.

E. Vogt.

Pharmacologie

Dr Vogt

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Nouvelle préparation à base de valériane : la diéthylamide de l'acide valérianique (*Deutsche med. Wochenschrift*, 5 décembre 1901). — Le Pr Kionka et le Dr Liebrecht ont fait à Iéna des expériences sur l'acide valérianique, que la racine de valériane contient en quantités fort variables ; cet acide se décompose rapidement, et les préparations qui en dérivent partagent cette instabilité.

La diéthylamide de l'acide valérianique semble se distinguer avantageusement de ses congénères. Elle se présente sous l'aspect d'un liquide d'odeur spéciale, incolore, transparent, de goût caustique très marqué, bouillant à 210°.

Les expériences sur les animaux ont démontré que ce produit est un excitant des réflexes et provoque une vaso-constriction énergique, s'accompagnant d'une augmentation peu marquée de la pression sanguine.

La préparation peut être facilement ingérée en solution aqueuse à 4 0/0 : le goût rappelle celui du fenouil et peut être masqué par l'addition d'une teinture amère, mais l'odeur est fort désagréable et nécessite l'emploi de capsules : les auteurs en ont administré qui contenaient 0,125 centigr. de substance active mélangée à de la lanoline : cet excipient est préférable à l'huile, car il empêche toute transsudation en cas de non fermeture hermétique des capsules.

Une centaine de malades ont pris de ces capsules (dose maxima 18 par jour en trois fois); les effets curatifs ont été très nets dans l'hystérie, les névroses traumatiques, l'hémicranie, les névralgies, le scotome scintillant, les troubles de la menstruation et de la ménopause.

Les doses moyennes sont 2 à 3 capsules, trois fois par jour.

E. Vogt.

Comment peut-on obtenir aisément des solutions stables d'huile phosphorée et d'autres huiles médicamenteuses? (*Therap. Monatshefte* déc. 1901). — Dietrich rappelle que les huiles

phosphorées jusqu'ici employées manquent de stabilité : pour obvier à cet inconvénient, il suffit de saturer les solutions d'acide carbonique. On obtient ainsi des mélanges qui se conservent pendant des mois sans modification appréciable.

Les huiles animales absorbent plus d'acide carbonique que les huiles végétales.

Les manipulations chimiques permettant d'obtenir ces huiles sont d'exécution facile. L'auteur n'indique pas, dans son travail, le procédé auquel il a eu recours.

E. Vogt.

Emploi du camphre (*Therap. Monatshefte* décembre 1901). — Hœubler recommande d'utiliser, pour les injections camphrées, l'éther sulfurique comme dissolvant au lieu de l'huile : on fera dissoudre le camphre dans une quantité égale d'éther. L'auteur injecte une seringue de Pravaz de la solution dans les cas de collapsus.

E. Vogt.

L'eau froide comme agent curatif (*Bl. f. Klin. Hydrotherapie*, août 1901). — Weinberger donne sur ce sujet diverses indications utiles au praticien :

1° *Lavages à l'eau froide.* — On place près du lit du malade plusieurs récipients contenant de l'eau froide. On commence par laver un bras, puis on le sèche et on l'enveloppe de linges secs. On passe ensuite à l'autre bras, puis au visage, au cou, au thorax, à l'abdomen, au dos et on termine par les jambes. Pour chaque manœuvre, on prend de l'eau dans un autre récipient. Il est bon de frictionner à sec la partie du corps située au-dessus de celle que l'on traite à l'eau froide, pendant qu'on applique cette dernière.

Pour déterminer la faculté de réaction de chaque sujet, on fait une application d'eau à 16° avec l'éponge, sur les épaules (3 à 4 litres) et on mesure ensuite la température de l'eau utilisée; si celle-ci dépasse 16° de 1,5° à 6° (maximum observé), la réaction sera bonne : au-dessous de 1,5°, elle sera médiocre ou mauvaise.

2° *Drap mouillé avec friction.* — Le patient enveloppé du drap se frotte énergiquement; cette intervention provoque une réaction beaucoup plus intense que la précédente et agit surtout sur le système nerveux, car la respiration s'accélère pendant que le nombre des pulsations diminue (action des nerfs cutanés sur la moelle allongée).

Cette manœuvre agit très favorablement sur le stade de frisson des accès de fièvre palustre.

Contre-indications : dermatites, hyperesthésie cutanée, chloro-anémie;

3° *Enveloppement au drap mouillé sans friction.* — Le patient enveloppé d'un drap, avec une épaisse couverture par-dessus, présente une réaction au bout de 10 à 15 minutes déjà. Le pouls diminue ainsi que la fréquence de la respiration. Le malade restera 3/4 d'heure dans la couverture.

C'est un sédatif hypnotique et antithermique remarquable, indiqué sous un grand nombre d'affections du système nerveux, dans les intoxications et autointoxications (élimination cutanée des toxines).

Contre-indications : asthénie cardiaque (collapsus à redouter);

4° *Enveloppement de Priessnitz.* — C'est un emploi localisé du drap mouillé, provoquant une hyperémie considérable de la région traitée.

Indications : angines, bronchites, pneumonies, pleurésies aiguës ; le Priessnitz serait pour l'auteur, indispensable dans la tuberculose pulmonaire à tous les degrés, à l'exception des cas où existe une prédisposition aux hémoptysies;

5° *Bain de siège froid.* — Le patient placera toujours dans ce cas, sur sa tête un turban de linges mouillés pour éviter la congestion; le bain de siège de 5 minutes est très utile par la réaction hyperémique qu'il provoque dans les cas de péristaltisme paresseux, de spermatorrhée et de prostatorrhée, d'aménorrhée et de laxité des ligaments utérins.

Le bain de siège de 10 à 20 min., provoque au contraire une contraction vasculaire durable : il sera indiqué dans les divers cas de diarrhées ; l'auteur insiste tout particulièrement sur cet effet trop peu connu. Les pollutions sont aussi rapidement influencées par ce procédé, qui est contre-indiqué dans les cas de cystite, d'entéralgie ou de tranchées utérines.

Dans la malaria, le bain de siège prolongé, accompagné de frictions rachidiennes à l'eau froide, constitue une méthode de traitement fort efficace, provoquant une augmentation du nombre des leucocytes dans le torrent circulatoire et favorisant ainsi la phagocytose. L'effet n'est obtenu que si l'on intervient 1/4 d'heure à 1 heure avant le début de l'accès fébrile.

E. Vogt.

Effets curatifs de la franklinisation (*Pester Med.-Chir. Presse*, 15 septembre 1901). — Frey combat l'opinion si répandue, à savoir que la suggestion joue un rôle considérable dans les effets curatifs observés avec la franklinisation. L'auteur emploie, dans la section des maladies

nerveuses de la policlinique de Buda-Pesth, depuis longtemps, la machine de Wimshurst pour combattre les affections suivantes : goître exophtalmique, hystérie, neurasthénie, rhumatisme, sciatique, paralysies, etc.

Les 3 types morbides cités en premier lieu donnent les meilleurs résultats. Certes, l'aspect de la machine, les étincelles qui en partent, etc., exercent une influence psychique indéniable, mais l'action physique joue aussi un rôle dans les effets obtenus.

Le rhumatisme guérit mieux par les étincelles statiques que par l'emploi des courants galvanique ou faradique. Même remarque pour la sciatique, à condition qu'il n'y ait pas névrite.

Pour les névralgies, les résultats ne sont pas supérieurs à ceux que donne le courant galvanique.

Pour la maladie de Basedow, il est indiqué de combiner les actions des trois sortes d'électrisation. Le premier jour, on dirige le souffle statique pendant 5 minutes sur la région précordiale, le lendemain on galvanise le goître et les ganglions sympathiques supérieurs, et le troisième jour on faradise l'exophtalmie, et ainsi de suite. Des essais comparatifs ont démontré que l'emploi des trois électricités est préférable à l'emploi de chaque électricité isolément.

Les résultats obtenus en cas de paralysies diverses sont peu probants. L'insomnie et les palpitations de cause indéterminée sont en revanche rapidement modifiées par l'emploi de la franklinisation.

E. Vogt.

Photothérapie par le Dr Galcérau Granis (*Gaceta Medica Catalana*, n° 13, 1901). — L'auteur décrit les effets qu'on peut obtenir avec la lumière concentrée en un foyer ou recueillie dans un espace limité : d'abord une forte température dont les effets sont très semblables à ceux de l'incubation (action cicatrisante sur les moignons et ulcères). Cette même température et peut-être aussi une action particulière de la lumière, activant le fonctionnement des glandes cutanées, produit des sueurs et des diarrhées plus abondantes qu'avec n'importe lequel des sudorifiques connus. Elle a encore un pouvoir analgésique et, pour la même raison qu'elle active la circulation périphérique, elle est un puissant résolutif des exsudats sous-cutanés, articulaires et cavitaires.

Tous ces effets sont le résultat de l'action synthétique de la lumière blanche incandescente ou produite par l'arc voltaïque ; mais l'étude analytique a démontré que chaque groupe de couleurs avait une action spécifique, bien que non définie encore. D'une manière générale on peut dire que le rouge, l'orangé et le jaune sont des excitants du système nerveux ; le violet, l'indigo et le bleu sont des calmants.

Les quatre indications principales que l'auteur trouve dans la lumière électrique sont :

1° *Résolutive* pour favoriser la résorption des hémorragies traumatiques et des exudats (hydrartroses, hydrothorax, etc.).

2° *Analgésique* (rhumatisme, inflammations et névralgies, sciatique, névrites multiples, etc.);

3° *Antidyscrasique* dans l'obésité, la goutte, l'albuminurie, les tuberculoses locales, la syphilis, le scorbut, les dermatoses (eczémas, psoriasis) et les plaies;

4° Dans certaines névroses (tabès, neurasthénie).

Elle est contre-indiquée dans les dermatites aiguës, l'anémie profonde, l'hystérie, la sénilité et l'artério-sclérose.

F. Berini.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

ACIDE CACODYLIQUE : CACODYLATES

Acide cacodylique. As. $(CH^3)^2O^2H$. Acide diméthylarsénique. Contient 54,3 0/0 d'arsenic métallique, correspondant à 72 0/0 d'acide arsénieux.

Propr. phys. et chim. — Cristaux incolores, sans odeur. Soluble dans l'eau et l'alcool étendu. Sert exclusivement à la préparation du cacodylate de soude. (100 parties saturent 28,95 de soude caustique).

Cacodylate de soude. As $(CH^3)^2O^2Na$. Contient 46,87 0/0 d'arsenic.

0 gr. 10 correspondent à :

0 gr. 0615 d'acide arsénieux
6 gr. 15 de liqueur de Fowler
0 gr. 19 d'arséniate de soude

Propr. phys. et chim. — Cristaux incolores, inodores, de saveur alliacée. Très soluble dans l'eau.

Toxicité. — Peu toxique. L'organisme tolère parfaitement des doses de 0 gr. 10 à 0 gr. 20

ou même plus élevées (0 gr. 40) de cacodylate de soude, correspondant à des doses considérables d'arsenic métallique. Ce corps existe dans le cacodylate de soude sous une forme essentiellement latente, de telle sorte que ses propriétés vénéneuses, caustiques et nécrosantes font défaut.

Le cacodylate de soude est surtout bien toléré quand il est administré par la voie hypodermique, qui est le procédé de choix. Donné par la bouche ou en lavement, il peut déterminer des troubles digestifs dus à la réduction dans le tube digestif de l'acide cacodylique en oxyde de cacodyle, corps d'odeur fortement alliacée, très vénéneux, qui s'élimine par le poumon, la peau, les muqueuses, les reins, non sans exposer ces organes à des désordres locaux. (Gautier).

Prop. et Indic. thérap. — Agent reconstituant d'une efficacité remarquable, qui imprime aux échanges nutritifs une accélération rapide, par l'intermédiaire de la stimulation des éléments nerveux. Il paraît agir sur les noyaux des cellules et substituerait au phosphore cellulaire des nucléines arséniées. Ce qui est incontestable, c'est l'augmentation rapide du nombre des hématies. (Widal).

Particulièrement utile dans les périodes initiales des tuberculoses à marche lente, accompagnées d'anémie et d'asthénie. Son efficacité diminue à la seconde période, elle est nulle à celle des cavernes. Utilisé d'autre part dans la plupart des anémies secondaires (cancéreuse, palustre, toxique), dans la leucémie, la neurasthénie par épuisement physique, la chorée (Garand), le psoriasis (Danlos), le lichen plan, la maladie de Duhring.

Formes pharm. Posol. — *Adultes* : 0 gr. 02-0 gr. 15 en pilules, solution. (Ces doses ont été dépassées et portées jusqu'à 0 gr. 40 par jour, sans inconvénient appréciable, mais il est préférable de s'en tenir aux doses indiquées.

Enfants : 0 gr. 01 par année (à partir d'un an).

En injections hypodermiques 0 gr. 05-0 gr. 10 par jour (pendant 8 à 10 jours) puis interrompre pendant un laps de temps égal.

FORMULES

Potions :

Cacodylate de soude	2 grammes
Rhum ..... }	ãã 20 —
Sirop de sucre ..... }	
Eau distillée	60 —
Essence de menthe.	II gouttes

0 gr. 10 par cuillerée à café.

Pilules :

Cacodylate de soude	0 gr. 025
Extrait de gentiane	q. s.
Sucre de lait	0 gr. 05

pour 1 pilule. 2 à 6 par jour.

Solutions :

a) à administrer par gouttes :

Cacodylate de soude	0 gr. 20
Eau distillée	50 grammes

0 gr. 01 par V gouttes.

b) pour injections hypodermiques :

Cacodylate de soude pur...	0 gr. 40
Alcool phéniqué	X gouttes
Eau distillée et stérilisée...	100 grammes

0 gr. 05 par centimètre cube.

CACODYLATE DE FER $[As(CH^3)^2O]^6Fe^2$.

2 sels : ferreux, ferrique (ce dernier seul employé).

Prop. phys. et chim. — Poudre amorphe, très soluble dans l'eau, contenant 45 0/0 d'oxyde de fer et 32 0/0 d'arsenic.

Prop. et indic. thér. — Particulièrement indiqué dans les anémies, la lymphadénie.

Formes pharm. Posol. — *Adultes* : 0 gr. 10 à 0 gr. 20 en pilules, solution. *Enfants* : 0 gr. 01 par année.

Injections hypodermiques. — 0 gr. 06 à 0 gr. 09 (0 gr. 03 par c. cube. sans dépasser ce degré de concentration. Gilbert).

CACODYLATE DE GAIACOL :

Prop. phys. et chim. — Sel blanc, hygrométrique, renfermant poids égaux d'acide cacodylique et de gaïacol. Soluble dans l'alcool, la glycérine et les huiles fixes ; insoluble dans l'eau.

Prop. et indic. thér. — Préconisé contre la tuberculose.

Formes pharm. Posol. — 0 gr. 05 à 0 gr. 10 en pilules, perléines.

CACODYLATE IODO-HYDRARGYRIQUE. — N'est pas une combinaison définie, mais un mélange contenant par cent. cube de solution :

0 gr. 0047 de bi-iodure d'hydrargyre.
0 gr. 0047 d'iodure de sodium.
0 gr. 03 de cacodylate de soude.

on injecte 2 cc. de la solution.

G. LYON.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Syndicat des Médecins de la Seine. — L'Assemblée générale du Syndicat des Médecins de la Seine s'est réunie le 24 novembre dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine et a renouvelé son bureau, qui sera ainsi composé :

Bureau : *Président*, Dr Philippeau; *Vice-Présidents*; Dr Séailles, Dr Rotillon; *Secrétaire général*, Dr Pradel (de), *Trésorier*, Dr J. Noir; *Secrétaire des séances*, Dr Dorison, Dr Levassort.

Membres du Conseil : Dr Diverneresse; Dr P. Thiéry; Dr Bellencontre; Dr Millée, Dr Malbec; Dr Tachard; Dr Vimont; Dr Triboulet; Dr Pédebidou; Dr Duvau; Dr Antheaume; Dr Clément Petit.

L'Assemblée générale, après avoir nommé le nouveau bureau, a nommé le Président sortant, le Dr Jamin, *Président d'honneur du Syndicat*, par acclamation et à l'unanimité.

Banquet offert au professeur Lannelongue. — Le Congrès international de médecine de 1900 a eu son épilogue dans la belle cérémonie du 23 décembre, où les élèves et les amis du professeur Lannelongue, président du Congrès, réunis en un banquet, au palais d'Orsay, lui remirent la plaquette gravée par Chaplain, produit de leurs souscriptions.

Le banquet, qui réunissait 250 personnes, était présidé par M. Fallières, président du Sénat. Le Président de la République était représenté par M. Combarieu. Autour de la table d'honneur se trouvaient M. Brouardel, M. Debove, le généralissime Brugères, M. Darboux, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, M. Pablain, gouverneur de la Banque de France, Mme Georges Dieulafoy, etc. Les autres convives comprenaient la grande majorité des membres de l'Institut et de l'Académie de médecine, le corps professoral de la Faculté au grand complet, de nombreux agrégés, chirurgiens et médecins des hôpitaux, des représentants de la presse médicale, de nombreux médecins praticiens de Paris et de la province, etc. Si tous les amis du maître ou simplement tous les membres du corps médical que le professeur Lannelongue avec sa bonne grâce souriante et son infatigable dévouement, a obligés, soutenus ou aidés d'une façon quelconque, s'étaient trouvés là, la salle eût été beaucoup trop petite.

Après la remise de la plaquette de Chaplain, des toasts ont été prononcés par MM. Fallières, Debove, Marey, Léon Labbé, Comby, Walther, Achard, Ménard, de Berck, Dufour (de Fécamp) et Janicot.

Le Professeur Lannelongue, très ému de cette belle manifestation et de toutes les sympathies qui se traduisaient autour de lui, a répondu en quelques mots. « Mon reste d'existence ne saurait avoir qu'un but, a-t-il dit en terminant : chercher à m'acquitter en ne faisant que le bien, et autant de bien que je pourrai. »

La Chaire de thérapeutique à la Faculté de médecine. — M. le professeur Landouzy, professeur de thérapeutique, ayant permuté pour passer à la chaire de clinique médicale de la Pitié, où il recueille la succession du professeur Jaccoud, atteint par la limite d'âge, le Conseil des professeurs de la Faculté de médecine a dédaigné, pour le remplacer, par 31 voix sur 32 votants, M. Gilbert, bien connu par ses nombreux travaux sur la thérapeutique, la physiologie générale et la pharmacodynamie.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de thérapeutique oculaire. Par le Dr A. Darier, 1 vol. gr. in-8°. Paris, 9, rue Buffault. Prix : 12 francs.

Les travaux du Dr Darier, nombreux déjà, sont empreints, pour la plupart d'une réelle personnalité et d'un sens pratique qui les rendent d'une lecture intéressante et facile.

Aussi est-ce avec un réel plaisir que nous

venons de lire les leçons qu'il a faites à la Faculté pendant ce semestre d'été ; ces leçons sont basées sur les découvertes les plus récentes..., découvertes qu'il a été un des premiers à mettre en pratique ou dont il a su généraliser l'emploi.

Dans ce volume, vous ne retrouverez pas les redites incessantes des traités classiques, répétant, les uns après les autres, un tas de vieilles formules dont quelques-unes, à peine, sont dignes de l'attention du praticien.

Quelle précieuse et intéressante découverte que celle des *analgésiques oculaires profonds !* ce sera certainement un des plus grands mérites de M. Darier d'avoir su reconnaître à la *dionine* la propriété de faire cesser, par de simples applications locales, les douleurs parfois si terribles du *glaucôme*, de l'*iritis*, des *kératites*, etc.

Les *injections sous-conjonctivales*, constituent certainement un des plus importants progrès de ces dernières années. M. Darier n'en est peut-être pas l'inventeur, mais il a certes été le premier à en comprendre la haute portée et à en vulgariser l'emploi.

La seule chose, du reste, qui ait fait obstacle à leur prompte généralisation c'est la douleur qu'elles provoquaient.

Les rendre indolores devait donc être le plus vif désir de leur plus enthousiaste partisan. C'est ce qui nous a valu l'introduction en thérapeutique d'un *anesthésique* d'une action beaucoup plus durable que celle produite par la cocaïne. Grâce à l'*acoïne* M. Darier nous affirme que l'on peut faire *sans douleur* des injections sous-conjonctivales et sous-cutanées même avec les substances les plus irritantes telles que le sublimé, l'iode, etc...

Après ces considérations générales, nous trouvons une étude détaillée sur la pratique des différentes médications locales : collyres, pommades, astringents, antiseptiques, etc.

Les *conjonctivites* sont étudiées dans tous leurs détails pratiques. Ici nous devons encore citer un nouveau médicament introduit par M. Darier en thérapeutique oculaire : c'est le *Protargol* qui est certainement appelé à remplacer le nitrate d'argent dans le traitement de toutes les *conjonctivites simples* et même dans certaines ophtalmies purulentes bénignes ; mais, dans l'*ophtalmie blennorrhagique* nous n'oserions pas abandonner complètement le nitrate.

Nous ne disons rien du *traitement de granulations* tout le monde étant aujourd'hui unanime au sujet de l'importance du traitement chirurgical dont M. Darier s'est fait encore un des premiers et des plus ardents champions.

Le *traitement des kératites* ne comprend pas moins de quatre leçons. A noter les résultats obtenus par la dionine, les injections sous-conjonctivales et le galvanocautère dans les ulcères infectieux de la cornée.

A propos de la *kératite parenchymateuse*, nous trouvons la description et la pathogénèse des dents hérédospécifiques. Peut-être parlera-t-on un jour des *Dents de Darier* à côté des classiques *Dents d'Hutchinson*.

Les maladies de l'*iris* et du *corps ciliaire* comportent des indications thérapeutiques des plus délicates qui mettent souvent le praticien dans le plus grand embarras. On lira avec intérêt tous les conseils pratiques qui sont réunis dans les trois leçons consacrées à cet mportant sujet de pratique courante.

Les deux leçons consacrées au *glaucôme* présentent un intérêt réel par les observations si curieuses fournies par les applications de la dionine, de la surrénaline et du massage ; mais l'iridectomie restera toujours notre arme la plus sûre et le plus grand titre de gloire de l'immortel de Graëfe.

Une partie des plus originale de ce volume est certainement celle consacrée à la thérapeutique des *maladies de la choroïde*. Le traitement de ces affections était pour ainsi dire nul jusqu'à ces dernières années aussi l'ophtalmologie devra-t-elle beaucoup aux patientes recherches de M. Darier, qui a su montrer tout le parti que l'on pouvait tirer de l'action puissante des injections sous-conjonctivales de sels mercuriels ou même simplement de chlorure de sodium.

Presque tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord pour dire qu'aucun traitement n'a une action plus prompte et plus sûre sur les lésions choroïdiennes fussent-elles dues à la myopie.

Il n'est pas jusqu'au *décollement de la rétine* et à certaines *inflammations aiguës des nerfs optiques* qui n'aient bénéficié, dans une certaine mesure tout au moins, de l'action puissante des injections sous-conjonctivales.

Bref, nous sommes heureux de présenter à nos lecteurs un ouvrage plein d'idées nouvelles et libre de toute inféodation à telle ou telle école.

E. Voot.

Nlle Imprimerie. E. Lasnier dir., 35-37, rue St-Lazare. Paris

Le Propriétaire-Gérant : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Traitement scientifique de la surdité, par M. Marage (*Académie de Médecine*, 19 novembre 1901). — L'auteur s'appuie sur deux principes essentiels :

1er *principe*. — Mesurer exactement l'acuité auditive en faisant entendre à une distance constante les sons d'une sirène reproduisant les vibrations fondamentales des voyelles. L'intensité du son étant proportionnelle à la pression de l'air, l'acuité auditive est $\frac{I}{N}$ lorsque la pression de l'air doit être N millimètres, pour que le son soit entendu : l'acuité normale $\frac{I}{I}$ est celle d'une oreille qui entend le son sous la pression de I millimètre.

2e *principe*. — Faire entendre à l'oreille les vibrations de la même sirène par l'intermédiaire d'un tube muni d'une membrane qui transmet toutes les vibrations sans introduire, ni supprimer aucun harmonique ; on a alors un massage fait avec les vibrations que l'oreille est destinée normalement à recevoir.

Les conclusions de M. Marage sont les suivantes :

1) En aucun cas, ce massage n'augmente la surdité ou ne donne naissance à des bourdonnements ; *il n'est jamais douloureux* ;

2) Les variations de l'acuité auditive sont mathématiquement mesurées à l'acoumètre ; ces variations sont parallèles à celles que le malade observe lui-même dans la conversation :

3) Si les bourdonnements sont dus à une lésion de l'oreille moyenne, ils diminuent dès les premières séances, et souvent ils finissent par disparaître complètement :

4) Chez certains malades, alors même que la surdité est très prononcée, l'acuité auditive peut être ramenée à la normale :

5) Ce procédé donne des résultats très bons dans des cas où toutes les autres méthodes avaient échoué ;

6) D'après des observations suivies depuis 4 ans, il semble que l'otite scléreuse, en voie d'évolution, puisse être entravée dans sa marche.

Une révolution dans les procédés d'écriture, de lecture, de calcul, de notation musicale, chez les aveugles. — Le Dr Laborde, qui porte toujours un vif intérêt aux progrès des méthodes et des appareils techniques pour l'éducation et l'instruction des sourds-muets et des aveugles, a présenté à ses collègues de l'Académie de médecine, des élèves de l'Ecole départementale de la Seine (Ecole Braille), écrivant avec le nouvel appareil Dussaud qui vient d'y être employé avec un plein succès sous le haut patronage de M. Péphau, son éminent directeur, et sous la direction de ses professeurs.

Cet appareil révolutionne la condition des aveugles au point de vue de l'instruction et de l'éducation, en leur permettant pour la première fois d'écrire les lettres, les chiffres, la musique : de se relire, de se corriger au fur et à mesure avec la même facilité que les voyants.

Ce résultat capital, vainement cherché depuis plus de 70 années, est un nouveau bienfait pour les aveugles, dont le nombre s'élève à plus de deux millions, dont trente-huit mille six cent quatre-vingt deux pour la France.

Les expériences officielles qui viennent d'être faites à l'Ecole départementale de la Seine montrent que cet appareil diminue de moitié le temps nécessaire à l'étude de la lecture et de l'écriture et permet à l'enfant de faire seul cette dernière étude.

En effet cet appareil réalise, au point de vue des nombreuses difficultés mécaniques vaincues, une invention des plus remarquables qui libère l'aveugle des entraves complexes du procédé actuel : nécessité d'apprendre deux alphabets, deux notations musicales, impossibilité de calculer, de se relire, de se corriger au fur et à mesure. Avec le procédé ancien, l'aveugle écrivait en creux au recto de ce qu'il lisait avec les doigts, en relief au verso, avec l'inévitable obligation d'enlever

sa feuille de papier emprisonnée dans un appareil encombrant et de la retourner pour se relire ou se corriger.

Désormais, la feuille de papier est entièrement libre ; l'aveugle écrira directement en relief et lira au fur et à mesure, se corrigera, calculera, du même côté de la page; il sera par l'écriture l'égal du voyant dans les deux domaines fondamentaux de l'éducation et de l'instruction.

Dans la dernière cérémonie des prix, présidée par M. Weber, président du Conseil général, M. Weber, s'adressant aux élèves aveugles de l'Ecole départementale, disait ces paroles, reproduites au *Bulletin Officiel* (1) :

« Docteur ès sciences, déjà connu par des appareils très utiles aux sourds, M. Dussaud se laissa généreusement persuader qu'il pourrait être non moins utile aux aveugles.

« Grâces soient donc rendues à M. Dussaud, dont les inventions marquent un tournant dans l'histoire des aveugles et constituent un bienfait pour eux.

« A tous les noms qui vous sont chers, et dont le souvenir chante dans vos mémoires reconnaissantes, joignez à présent le nom de M. Dussaud. »

(1) Numéro 210, page 2940, *Bulletin Municipal Officiel.*

FELIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

COLLECTION MÉDICALE

Volumes in-12, cartonnés à l'anglaise, à 4 francs et à 3 francs

(franco contre mandat-poste)

L'Hystérie et son traitement, par le Dr Paul Sollier ..... 4 fr.
La profession médicale, *Ses Devoirs, Ses droits*, par le Dr Morache, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bordeaux ..... 4 fr.
Les maladies de l'urèthre et de la vessie chez la femme, par le Dr Kolischer, traduit de l'allemand par le Dr O. Beuttner ..... 4 fr.
L'Instinct sexuel, *Evolution, Dissolution*, par le Dr Ch. Féré ..... 4 fr.
L'Education rationnelle de la Volonté, *son emploi thérapeutique*, par le Dr P. E. Lévy, préface de M. le Professeur Bernheim, 2e édition ..... 4 fr.
Manuel théorique et pratique d'accouchements, par le Dr A. Pozzi, avec 138 grav. 2e éd. 4 fr
La mort réelle et la mort apparente, nouveaux procédés de diagnostic et traitement de la mor- apparente, par le Dr S. Icard, avec gravures (*récompensé par l'Institut*) ..... 4 fr.
L'idiotie, *Psychologie et éducation de l'idiot*, par le Dr J. Voisin ..... 4 fr.
La famille nevropathique, *Hérédité, prédisposition morbide, dégénérescence*, par le Dr Ch. Féré, avec gravures, 2e édition ..... 4 fr.
Manuel de percussion et d'auscultation, par le Dr P. Simon, avec 48 gravures ..... 4 fr.
Eléments d'anatomie et de physiologie génitales et obstétricales, par le Dr A. Pozzi. avec 219 gravures ..... 4 fr.
Le traitement des aliénés dans les familles, par le Dr Féré, 2e édition ..... 3 fr.
Morphinomanie et morphinisme, par le Dr P. Rodet (*couronné par l'Académie de Médecine*) ..... 4 fr.

HYGIÈNE

Le phtisique et son traitement hygiénique, par le Dr E.-P. Léon Petit, avec 20 gravures (*couronné par l'Académie de Médecine*) ..... 4 fr.
Hygiène de l'alimentation dans l'état de santé et de maladie, par le Dr J. Laumonier, avec gravures, 2e édition ..... 4 fr.
L'alimentation des nouveau-nés. *Hygiène de l'allaitement artificiel*, par le Dr S. Icard, avec 60 gravures (*couronné par l'Académie de Médecine*) ..... 4 fr.
L'hygiène sexuelle et ses conséquences morales, par le Dr S. Ribbing ..... 4 fr.
Hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens, par le Dr F. Lagrange, 7e éd. 4 fr.
De l'exercice chez les adultes, par le Dr F. Lagrange, 4e édition ..... 4 fr.
Hygiène des gens nerveux, par le Dr Levillain, 4e édition ..... 4 fr.
L'éducation physique de la jeunesse, par A. Mosso ..... 4 fr.
La fatigue et l'entraînement physique, par le Dr Ph. Tissié, préface de M. le professeur Bouchard, avec gravures (*couronné par l'Académie de Médecine*) ..... 4 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

Application de l'urologie à la clinique. — L'acide urique, son origine, ses variations normales et pathologiques. — Déductions de ces faits pour le traitement et le régime des goutteux (1).

par M. Albert Robin.

Dans la précédente leçon, qui était consacrée aux principes généraux de l'urologie, je vous ai exposé quelle était l'origine de l'acide urique dans l'organisme humain ; je vous ai montré que c'était en partant des *nucléo-albumines* qu'on arrivait, par des dédoublements successifs, d'une part à l'acide phosphorique et, d'autre part, à l'acide urique. Je veux revenir aujourd'hui sur cette question, parce qu'elle est d'une extrême importance en urologie et en clinique. Vous remarquerez, du reste, qu'elle est liée d'une façon presque indissoluble à l'étude des substances qu'on appelait jadis les matières *extractives* azotées de l'urine, dont je vous dirai quelques mots à la fin de cette leçon.

Ce n'est pas sans peine que cette notion de l'origine de l'acide urique que je viens de vous rappeler a été introduite dans la science, et aujourd'hui encore un grand nombre de physiologistes et de médecins se refusent à les admettre, quoique la démonstration en soit irréfutable, ainsi que vous l'avez vu par le tableau que je vous ai montré dans la dernière séance. Ainsi beaucoup de médecins soutiennent encore l'origine hépatique de l'acide urique, et ils s'appuient sur cette expérience de Minkowski :

Vous savez que l'urine des oiseaux contient une très grande quantité d'acide urique, en général de 20 à 30 ou 40 parties pour une partie d'urée, tandis que l'urine humaine, au contraire, ne renferme qu'une partie d'acide urique pour 40 à 50 d'urée. Minkowski a expérimenté sur des oies, et il a soumis ces animaux à une intoxication par le phosphore qui a eu pour résultat d'amener une stéatose du foie, et par conséquent de supprimer, ou tout au moins de suspendre, pendant la durée de l'action de la substance toxique, les fonctions hépatiques. Or, il a constaté que les volatiles cessaient, dans ces circonstances, d'éliminer de l'acide urique. Il arrivait alors à cette conclusion que c'était bien le foie qui fabriquait l'acide urique, puisque, lorsqu'on anéantissait le fonctionne-

(1) Leçon clinique faite à l'hôpital de la Pitié le 18 décembre 1901, Recueilliepar le Dr Laporte.

ment de cet organe, l'animal n'en produisait plus. Mais on pourrait opposer à cette expérience une série de faits cliniques de la plus haute importance, qui ne dénient pas toute influence à la glande hépatique sur la formation de l'acide urique dans l'organisme, mais qui prouvent que certainement le foie n'est pas la source principale de ce principe.

Prenons, par exemple, une affection bien connue, l'*ictère grave*. C'est là un état morbide au sujet duquel nos idées sont encore actuellement assez confuses, je dois le dire ; mais néamoins, sans chercher à élucider d'une façon définitive le chaos qui règne dans cette question au point de vue de l'interprétation clinique, il y a un fait certain, c'est que chez les individus offrant le syndrôme de l'ictère grave, il existe une suppression ou tout au moins une diminution considérable des fonctions hépatiques : c'est là une notion sur laquelle tous sont d'accord. Eh bien, dans l'ictère grave, une des principales caractéristiques urologiques, c'est, en dehors des matières colorantes de la bile, la présence, pendant la période d'état de la maladie, d'une grande quantité d'acide urique dans les urines. Et de plus, au moment où le malade commence à présenter une certaine amélioration (lorsque l'ictère grave guérit, ce qui est possible), il se passe un phénomène que mon ancien élève et ami Mosset, aujourd'hui professeur à l'Ecole de Tours, a fort bien mis en lumière : c'est la diminution de l'acide urique et, en même temps, l'apparition d'une quantité énorme d'urée dans l'urine, laquelle indique le retour de l'activité fonctionnelle du foie. Par conséquent, il découle de ce fait observé chez l'homme — et qui par conséquent, à mon avis, a plus de poids en l'espèce qu'une expérience faite sur des animaux d'ordre fort différent — que c'est précisément lorsque le foie est insuffisant, lorsqu'il est malade et fonctionne mal, que l'organisme produit les plus grandes quantités d'acide urique, tandis que, lorsque cet organe se remet à fonctionner, l'acide urique diminue en même temps qu'il se fait une forte production d'urée.

Ainsi vous verrez dans la cirrhose atrophique, dans la cirrhose alcoolique, dans les maladies où les fonctions hépatiques sont réduites, une diminution considérable de l'urée et une augmentation très forte de l'acide urique. Un de mes malades cirrhotiques les plus récents rendait seulement 12 grammes d'urée en 24 heures et 1 gr. 70 d'acide urique. Par conséquent, je considère pour ma part que la question de l'origine de l'acide urique, au moins pour sa majeure partie, est entièrement résolue aujourd'hui : en somme, l'acide urique provient des *nucléo-albumines* et de tous les éléments qui en contiennent, c'est-à-dire par dessus tout des *globules blancs* et, d'autre part, des tissus *collagènes*, c'est-à-dire des éléments organiques qui sont capables de donner de la gélatine par coction. On pourrait généraliser cette formule en disant :

L'urée provient des éléments nobles ou hautement spécialisés de l'organisme, tandis que l'acide urique vient surtout des éléments demeurés à l'état *indifférent*, c'est-à-dire n'ayant point subi une spécialisation organique définitive.

Maintenant, il sera intéressant de déterminer pour l'acide urique, comme nous l'avons fait pour les matériaux solides organiques et inorganiques de l'urine, quelles sont les causes physiologiques qui peuvent influencer sa formation. D'abord, dans quelles limites peut varier, à l'état normal, la quantité d'acide urique éliminée par l'organisme ? J'ai à peine besoin d'insister sur l'importance de cette question au point de vue des indications qu'on peut en tirer pour le diagnostic, d'une part, et, d'autre part, pour la fixation du *traitement diététique* de certaines maladies.

Pour montrer l'influence de l'alimentation sur la production de l'acide urique, il y a une expérience célèbre de Lehmann, datant d'une trentaine d'années, et qui est tout à fait démonstrative à cet égard ; elle consiste en ceci : Lehmann soumet un individu successivement à des régimes variés : d'abord il le nourrit avec de la viande, puis, avec

de la viande mêlée de légumes, puis à une nourriture composée de végétaux très azotés (lentilles, pois, etc.), enfin avec une alimentation végétale proprement dite ; et voici les chiffres d'acide urique et d'urée qu'il constate dans les urines de cet individu :

RÉGIME	ACIDE URIQUE	URÉE
Viande	1 gr. 24	53,24
Mixte	1 gr. 18	32,51
Végétal azoté	1 gr. 02	22,82
Végétal	0 gr 73	15,41

Il va sans dire que ces expériences ayant été faites en Allemagne, pays dans lequel on mange beaucoup plus qu'ici, ces chiffres ne sauraient être applicables d'une façon absolue à notre nationalité, les quantités d'urée et d'acide urique normalement éliminées par un Allemand étant bien plus considérables que celles rendues par un Français ; mais les rapports qui existent entre ces chiffres n'en conservent pas moins toute leur signification au point de vue de la démonstration de l'influence de l'alimentation sur la production des mêmes principes.

Il résulte donc de cette expérience de Lehmann, qui a été répétée par un très grand nombre d'auteurs, notamment par Voit, et qui est devenue de notoriété classique, que la quantité d'acide urique diminue à la suite d'un régime végétarien. Or, il semblerait que ce soit là une réfutation de la théorie que je soutiens de l'origine nucléinique et leucocytaire de l'acide urique. Il n'en est rien. En effet, regardez ce qui se passe chez les gros mangeurs de viande au moment de la digestion : le sang présente une quantité énorme de globules blancs, c'est ce qu'on appelle la leucocytose digestive. Au contraire, chez celui qui ne consomme que des légumes peu azotés, on trouve dans les mêmes circonstances beaucoup moins de leucocytes. Par conséquent, il est certain que sous l'influence d'une assimilation considérable d'aliments azotés et même lorsque ceux-ci sont constitués par des matières albuminoïdes de nature animale, la leucocytose digestive augmente dans une proportion notable. Il y a donc une suractivité de l'activité leucocytaire à ce point de vue et, par suite, les résultats de l'expérience de Lehmann ne sont pas en contradiction avec ce fait que je considère comme définitivement acquis de l'origine leucocytaire de l'acide urique.

Si on nourrit un individu avec des aliments nucléiniques et collagènes, l'acide urique augmente encore davantage. J'ai fait, à l'hospice des Ménages, les observations suivantes. Un de mes élèves, qui exerce aujourd'hui avec distinction dans un de nos chefs-lieux, voulut bien se soumettre à cette expérience. Je commençai par le soumettre à un régime composé de bouillon ordinaire, en dosant journellement l'acide urique dans l'urine. Un jour, sans cause apparente, la proportion de cet élément augmenta d'une façon insolite, et j'appris que ce jour-là, contrairement à son habitude, la cuisinière chargée de confectionner cet aliment spécial, y avait adjoint une forte quantité d'os et de tendons; or, ces matières sont très riches en nucléo-albumine, ainsi que je vous le disais dans la précédente conférence, ce sont des produits fournissant par la coction de la gélatine : là était l'origine de l'hyperproduction d'acide urique que j'avais constatée chez mon sujet.

Voilà pour ce qui est de l'influence des aliments gélatineux ou collagènes sur la production de l'acide urique, lequel, chimiquement, nous l'avons vu, dérive de ces matières par une série de dédoublements et d'oxydations.

Cela est très intéressant au point de vue de la pratique, en ce qui concerne le régime des arthritiques, des goutteux, de tous les *uricémiques*, en un mot.

D'habitude, qu'est-ce qu'on fait, comme régime, pour les malades de cette catégorie? On leur dit : en fait de viandes, évitez le bœuf, mangez du veau ; abstenez-vous de gigot de mouton, consommez de l'agneau ; si vous aimez le poulet, choisissez de préférence des poulets de grains, plutôt qu'une poule ou un poulet. Quant aux matières grasses, au beurre, je sais bien qu'on les proscrit en général, mais enfin il y a des médecins qui les autorisent. Or, il est incontestable que ces substances augmentent l'acide urique. Une expérience très simple le prouve. On donne à un sujet 200 à 300 gr. de viande, par exemple, et on note la proportion d'acide urique; puis on introduit dans le régime 100 gr. de beurre, et l'on constate que l'acide urique augmente. Que s'est-il passé? Un phénomène très facile à concevoir : le beurre a fixé de l'oxygène, et par conséquent il a diminué l'oxydation des matières azotées, c'est-à-dire réalisé une action d'épargne ; donc une partie de la viande, au lieu de donner naissance à de l'urée, a produit de l'acide urique.

Le sucre agit de même. En somme, les matières collagènes, le sucre et les graines augmentent l'acide urique.

Au lieu du régime classique qu'on fait suivre aux arthritiques, voici par conséquent celui qu'il faut leur prescrire, en s'appuyant sur les données que je vous ai exposées. Il faut leur dire de ne pas manger de viande de veau, par exemple, ou d'en manger le moins possible, parce que les viandes jeunes, riches en tissu conjonctif, sont essentiellement des matières collagènes. Vous leur conseillerez plutôt le bœuf; de même le mouton à la place de l'agneau. En fait de volatiles, vous recommanderez plutôt le poulet adulte que le poulet de grain, dont la chair renferme du tissu muqueux en forte proportion. Vous interdirez à ces individus, pour la même raison, le ris de veau, la cervelle, les rognons, le boudin, la tête de veau, le pied de mouton, etc., tous ces aliments étant riches en nucléo-albumine.

Vous voyez quels horizons nouveaux ouvre à la thérapeutique des maladies de la nutrition cette conception des phénomènes chimiques qui se passent dans l'organisme et qui nous sont révélés par l'urologie, et combien cette diététique nouvelle que je viens de vous indiquer sommairement pour les uricémiques révolutionne les enseignements classiques dont vous êtes sans doute pénétrés. Eh bien, cette diététique a pour elle, aujourd'hui, la sanction de l'expérimentation et celle de l'expérience. Depuis nombre d'années je l'applique à mes malades goutteux, arthritiques, uricémiques, et j'en ai obtenu les meilleurs résultats.

Je me suis du reste rencontré dans cette voie avec un certain nombre de praticiens distingués que j'ai plaisir à citer. C'est ainsi qu'il y a vingt-cinq ans environ cette méthode nouvelle fut préconisée par un médecin allemand dans des circonstances historiques : le prince de Bismarck, souffrant d'accidents goutteux, reçut la visite d'un jeune docteur alors inconnu, M. Schweninger, qui lui proposa spontanément de le délivrer de ses tourments par une méthode de traitement absolument différente de celle que ses médecins habituels lui avaient fait suivre jusque-là. Et il lui prescrivit le régime dont je vous ai donné tout à l'heure les principaux éléments. Ce régime fut d'abord soumis aux personnalités les plus autorisées de Berlin, telles que Gerhart, et fut loin de recevoir la sanction qu'elle méritait; l'illustre malade se décida néanmoins à tenter ce dernier espoir et cet essai lui réussit à merveille. Il n'eut plus un seul accès de goutte. M. Schweninger devint dès lors une notoriété éclatante et son malade reconnaissant créa pour lui à l'Université de Berlin une chaire spéciale qu'il occupe depuis et où il n'a cessé de soutenir la théorie que je vous expose.

Pour compléter ce qui est relatif à la nature des aliments solides qui doivent composer le régime des goutteux, je dois ajouter qu'il faut y faire intervenir, en outre des différentes espèces de viande permises, un certain nombre d'aliments végétaux choisis parmi ceux *renfermant un acide naturel*. Tels un certain nombre de fruits, qui contiennent les acides tartrique, malique ou racémique, en général à l'état de sel de potasse ; or ceux-ci ont la propriété de se brûler dans l'organisme, et par conséquent d'aboutir à la formation d'acide carbonique et d'eau ; et la base mise en liberté se combine avec CO^2, de telle sorte qu'il en résulte finalement un carbonate de potasse *alcalin*. Que nous mangions du raisin ou un citron, par exemple, le résultat final est du carbonate de potasse qui passe dans l'urine. D'autre part, il est à remarquer que ce dégagement de potasse facilite l'élimination de l'acide urique, car l'urate de potasse est relativement assez soluble, surtout si on le compare sous ce rapport à l'*acide urique*, qui ne se dissout que dans 4 ou 5 mille fois son volume d'eau. L'*urate de soude* est soluble dans 8.000 parties, l'*urate de potasse* dans 80 parties d'eau, l'*urate de lithine* dans 25 parties, l'*urate de pipérazine* dans 8 parties d'eau.

Tous les fruits qui contiennent ces citrates, malates, racémates, sont indiqués chez les goutteux, les arthritiques, les uricémiques. C'est ce qui explique pourquoi les cures de raisin peuvent être si utiles, ainsi que le montrent les résultats obtenus dans certaines stations du Tyrol, à Durkheim, etc. Les fruits les plus riches en acides analogues sont ceux qu'on pourra employer avec le plus de succès. C'est ainsi que le *citron* est recommandé à tous ces malades, quoiqu'on leur défende en général les acides. La *cure de citron* a pris en Allemagne, depuis quelques années, une grande importance. J'ai observé dernièrement un malade ainsi traité, à propos duquel je crois devoir vous prévenir contre l'excès systématique de la méthode, qui, poussée trop loin, pourrait engendrer des troubles gastriques, notamment de l'hyperchlorhydrie. L'orange, la pomme, le raisin, seront également recommandés avec utilité aux uricémiques.

J'arrive à la question des *boissons*. Toutes les boissons alcooliques augmentent la formation d'acide urique et diminuent son excrétion ; elles sont à rejeter. Toutes les boissons alcooliques sucrées sont encore plus nuisibles ques les alcooliques pures, parce que l'action d'épargne exercée par le sucre se joint à l'action similaire exercée par l'alcool. Le café est absolument à défendre à toutes les personnes qui font de l'acide urique en excès. Je vous montrerai en effet que la caféine n'est autre qu'une *di-méthyl-xanthine* qui perd dans l'organisme un équivalent méthylé et passe à l'état de mono-méthyl-xanthine, laquelle est un principe intermédiaire entre la xantine et l'acide urique ; et de fait le *thé*, le *café*, le *maté*, tous les aliments ou boissons contenant de la caféine sont générateurs d'acide urique. Au contraire, le *vin blanc*, et en particulier les vins blancs de Bourgogne, de la Moselle, d'Alsace, les vins du Rhin, tous les vins riches en racémate ou en bi-tartrate de potasse, conviennent admirablement aux arthritiques, uricémiques et goutteux, pour les mêmes raisons que j'ai exposées à propos de l'utilité du fruit.

Les *boissons abondantes*, l'*eau* prise en grande quantité, donnent des résultats extrêmement utiles dans le traitement de l'état constitutionnel uricémique. Il y a fort longtemps que, vers 1853, Guelle a fait des expériences sur l'action de l'eau sur la nutrition; je les ai reprises en 1884 à propos de la discussion qui eut lieu à la Société médicale des hôpitaux sur l'action des boissons abondantes sur l'organisme, et j'ai constaté comme Guelle les faits suivants : sous l'influence de l'injection abondante d'eau pure ou d'eau indifférente, après avoir observé le premier jour une élimination plus considérable d'acide urique, on observerait sa diminution et quelquefois même sa disparition dans l'urine. Donc l'eau non minéralisée, prise en grande quantité, produit un lavage de

l'organisme entraînant l'acide urique, puis l'inhibition de la production de cet acide. (Dans l'expérience de Guelle, le sujet arrivait à prendre jusqu'à 4 litres d'eau par jour).

A ce propos, vous observerez qu'un certain nombre de femmes, dans le but de maigrir, se soumettent à la règle de ne boire qu'une petite quantité d'eau une ou deux heures après le repas. Or, ce régime me paraît très propre à favoriser la lithiase urinaire et les coliques néphrétiques. J'ai vu dans nombre de cas, à la suite de cette restriction volontaire des boissons pendant le repas, les urines se charger d'acide urique et diminuer de volume, et finalement survenir des accidents de lithiase rénale. Avant de conseiller ce régime, que d'ailleurs je n'emploie jamais, il est donc indispensable d'interroger les malades et de savoir s'ils ont de fréquents dépôts d'urate de soude ou d'acide urique dans leurs urines, et, en pareil cas, d'interdire complètement ce système de boire entre les repas.

Mais les choses se passent différemment lorsque, au lieu de prendre de l'eau pure, on emploie certaines eaux minérales, et en particulier celles du massif vosgien, telles que Contrexéville, Vittel, Martigny, etc. Vous savez que ces eaux renferment 1 gr. à 1 gr. 10 au plus de sulfate de chaux. Ce sont des eaux faiblement minéralisées ; eh bien, elles exercent sur la formation de l'élimination de l'acide urique une influence tout à fait caractéristique, sur laquelle je crois devoir insister parce qu'elle n'est pas connue. Il y a, en effet, une différence très notable entre cette action et celle d'une boisson inerte comme les eaux d'Evian, Alet, etc. ou l'eau pure de Paris.

A Contrexéville, Vittel ou Martigny, on commence par faire prendre au malade trois verres (le verre est de 333 gr.) d'eau, à 1/4 d'heure d'intervalle. Au bout de deux ou trois jours, on augmente d'un verre et on arrive ainsi jusqu'à 5 ou 6 verres et quelques médecins atteignent même une dose bien plus élevée, mais qui ne paraît pas être adoptée par les principaux médecins des trois grandes stations que j'ai nommées. Or, le premier jour, le malade rend une urine aqueuse, pâle, sans dépôt d'acide urique, mais arrivé à la dose de 6 verres, dans cette urine dont la densité atteint 1003 ou 1010 tout au plus, on voit se former un dépôt considérable d'acide urique ; cela continue pendant les 15 à 20 jours que dure la cure, et généralement, quand le médecin voit que la quantité d'acide rejetée de cette façon-là diminue, il restreint progressivement la quantité d'eau ingérée. Mais quand le malade a quitté la station, tout n'est pas fini : il a une nouvelle poussée d'élimination d'acide urique, qui dure pendant les 10 à 15 jours qui suivent son départ de la station. Il y a là un phénomène absolument curieux qui différencie tout à fait l'action de ces sources, si faiblement minéralisées qu'elles soient, des eaux vraiment inertes, et cela est certainement dû à leur teneur en *sulfate de chaux*.

Ces mêmes phénomènes se retrouveront chez les malades traités à distance, mode de traitement indispensable en dehors de la saison thermale.

Je voudrais dire un mot aussi de l'influence de l'exercice sur l'acide urique. L'uricémie n'est pas rare chez les gens d'affaires, les intellectuels, qui sont tous plus ou moins sédentaires. J'ai vu quelquefois conseiller à ces malades l'exercice de l'escrime, par exemple. Eh bien, ceci est un très mauvais conseil dans l'espèce, à mon avis, parce que, en pareille circonstance, ce qu'il faut éviter par-dessus tout, c'est précisément le maximum d'effort dans le minimum de temps.

A ce propos j'ai réalisé l'expérience suivante, qui est fort instructive. Il y a quelques années, je trouvai en un de mes malades retiré des affaires, ayant beaucoup de loisir et désirant faire tout au monde pour trouver la meilleure méthode de guérison, un sujet docile qui voulut bien se prêter aux recherches que je fis, du reste, dans le but de déter-

miner le genre de traitement qui pouvait le mieux lui convenir. Ce malade se soumit à une promenade en bicyclette d'une 1/2 heure de durée en terrain plat (minimum d'effort). Le premier jour, ce malade, qui rendait jusque-là 0,410 en moyenne d'acide urique, en rendit 1,325 ; les quatre jours suivants, 0,812. Cette quantité diminua progressivement Par conséquent, l'exercice avait provoqué d'abord chez cet homme, non pas une formation exagérée d'acide urique, mais une *décharge* de celui-ci, décharge qui a duré une quinzaine de jours, tandis que l'état général s'améliorait.

Vers la même époque, un cycliste champion de la course Paris-Bordeaux a donné lieu aux constatations suivantes : la quantité d'acide urique était normale au départ (environ 0,5) ; à Bordeaux, elle dépassait 2 grammes. Au retour à Paris, elle oscillait autour de 2 gr. et atteignait encore 1 gr. 50 au bout de 15 jours. Par conséquent, sous l'influence du surmenage, non seulement l'élimination de l'acide urique avait augmenté, mais sa production s'était suractivée et cette superproduction subsistait encore, quoiqu'à un moindre degré, un mois après l'exercice considérable qui en avait été l'origine.

Donc, aux uricémiques, arthritiques et goutteux, conseillez un exercice *modéré*, *réglé*, sans fatigue possible.

Un autre point fort important à considérer pour l'acide urique, c'est le fonctionnement de la peau. Sur 12 malades traités par la spartéine, par exemple, j'ai constaté que, sous l'influence d'une forte sudation, l'acide urique rendu par l'urine diminuait de 15 0/0. Mais sa quantité augmentait de 17 0/0 pendant les 48 heures suivantes. Il est probable qu'il y a eu, dans ce cas, simple diminution d'excrétion. Sous l'influence d'une sudation faible, il y a eu diminution de l'acide urique, pendant et après la sueur.

Il ne faut donc pas prescrire la sudation aux arthritiques et uricémiques, mais il faut activer le fonctionnement de la peau, une légère moiteur produisant chez eux non seulement de bons effets immédiats, mais encore un effet secondaire excellent.

Pour terminer ce chapitre de l'acide urique, je veux vous citer quelques exemples des circonstances où les variations de la proportion de ce principe dans l'urine donnent de précieuses indications sur la marche et le pronostic de diverses affections.

Dans la *fièvre typhoïde*, le *rhumatisme articulaire aigu*, l'*érysipèle de la face*, l'acide urique et l'urée augmentent ou diminuent d'une façon parallèle.

Dans la *pneumonie*, la *péricardite*, l'acide urique s'élève toujours plus que l'urée.

Si, par conséquent, dans une maladie du premier type, vous voyez la courbe de l'acide urique dépasser celle de l'urée brusquement, vous pouvez conclure immédiatement à une complication par une maladie du deuxième type.

D'autre part, plus la fièvre typhoïde est bénigne, plus, en général, l'acide urique est augmenté. On peut expliquer ce fait en apparence paradoxal de la façon suivante : dans cette maladie, il y a lutte entre le bacille d'Eberth et les forces vives de l'organisme, qui sont représentées par la mise en jeu des globules blancs ; or, c'est précisément dans les cas où ces derniers triomphent qu'il y a une plus forte quantité de déchets résultant précisément de leur suractivité : d'où la production d'une plus grande proportion d'acide urique dans les cas où la réaction de l'organisme a su atténuer la gravité de l'atteinte morbide. Au contraire, dans les formes graves et mortelles, la production d'acide urique va en décroissant et, en moyenne, elle atteint au total un chiffre inférieur de 30 0/0 à celui qu'elle offre dans les cas terminés par la guérison.

Lorsqu'au milieu de la période d'état ou des oscillations stationnaires de la fièvre survient une élévation subite de la quantité d'acide urique, c'est souvent l'indice d'une complication pulmonaire, mais quand elle a lieu plus tard, vers le début de la période des oscillations descendantes, c'est souvent un signe précritique ou prémonitoire de la

défervescence, au même titre que la polyurie et que l'augmentation des matériaux solidés de l'urine que je vous ai signalés à cet égard dans la précédente leçon.

Dans un autre cas, un individu atteint de fièvre typhoïde est en pleine convalescence lorsque vous constatez la réapparition de l'acide urique et de l'indican dans l'urine : la réunion de ces deux signes permet de prévoir une rechute prochaine.

Autre exemple. Je soignais, il y a quelques années, un malade atteint de variole; l'éruption se faisait d'une façon normale, mais les symptômes généraux étaient extrêmement graves; la température du soir du quatrième jour était de 40°; je constatai ce jour-là une augmentation énorme de l'urée. Acide urique : 0 gr. 750. Le lendemain, température du soir, 40°5; 1 gr. 850 d'acide urique. Grande proportion d'urée. Je pensai à une complication pulmonaire ou cardiaque, mais n'en trouvant aucun signe, je conclus à une décharge annonçant la défervescence. Le lendemain, la température tombait à 38°5 le soir.

Je vous ai dit dans la première leçon que l'apparition subite d'une grande quantité d'urée vers le septième jour d'une pneumonie était l'indice de la défervescence. L'acide urique peut quelquefois avoir la même signification. Vous observerez quelquefois ce phénomène qui m'a beaucoup frappé. En recherchant l'albumine par l'addition d'acide nitrique à l'urine, vous obtenez une coagulation laiteuse qui n'est autre que de l'acide urique. C'est encore un signe prémonitoire de la défervescence.

En terminant, je vous rappellerai cette formule urologique dont vous constaterez plus d'une fois l'exactitude en ce qui concerne la marche des accidents goutteux, et que Scudamore, après Sydenham, a exprimé à peu-près ainsi : lorsque, chez un goutteux dont l'urine est habituellement chargée de dépôts d'acide urique, on voit ceux-ci disparaître tout d'un coup, l'urine devenir claire, on peut prédire à bref délai un prochain accès de goutte. C'est là une des plus remarquables applications des données urologiques au pronostic des maladies et qui ne trompe presque jamais.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 8 Janvier 1902

Présidence de M. SEVESTRE.

A l'occasion du procès-verbal, M. Baudoin revient sur la question de la valeur du *benzoate de mercure en injections dans la syphilis*. Ce sel donne certainement des résultats remarquables et il ne faut pas hésiter à l'employer en injections. On a dit que la méthode des injections fréquentes était aussi péniblement assujettissante pour le médecin que pour le malade, mais l'orateur considère qu'il y a lieu d'employer, pour guérir un malade, tous les moyens reconnus propres à hâter le résultat thérapeutique, sans se laisser rebuter par les inconvénients de la méthode choisie.

Au point de vue des douleurs que les injections de sels solubles hydrargyriques provoquent, il y a lieu de distinguer entre la douleur que certains malades ressentent dès que l'aiguille est enfoncée dans la peau et la douleur qui se développe 5 à 10 minutes après l'injection. On a cru devoir attribuer ce dernier phénomène à la décomposition du liquide injecté sous l'influence des humeurs de l'organisme, mais cette hypothèse n'est guère admissible ; il est bien plus probable qu'il se fait, au moment de l'injection, une hémorragie interstitielle et que la fibrine du caillot, en se précipitant, forme une sorte de corps étranger qui irrite les filets nerveux du voisinage. La cocaïne, que l'on ajoute souvent au liquide injecté, peut rendre des services, mais son action n'est pas prolongée. En résumé, il est impossible d'empêcher l'apparition de ces douleurs tardives.

M. Désesquelles a eu raison d'attirer l'attention sur le benzoate de mercure, mais il n'en résulte pas pour l'orateur, que ce sel soit seul capable de blanchir rapidement un sujet atteint d'accidents secondaires. Le cyanure de mercure donne des résultats bien plus remarquables encore, et il est admirablement supporté si on l'additionne d'un peu de chlorure de sodium et de cocaïne.

M. Abadie a même utilisé ce sel en injections intra-veineuses pour combattre les accidents oculaires de la syphilis, et a enregistré de nombreux succès.

M. Delpech rappelle que Martineau et Liégeois furent les premiers à utiliser les injections de sels solubles. Martineau se servit de la peptone mercurique ; il constata que cet albuminate ne provoquait aucune espèce de douleur ou d'induration, dans l'immense majorité des cas. Le sublimé qui entre dans la combinaison de la peptone mercurique ne provoque du reste pas de stomatites, comme le calomel, l'oxyde jaune ou l'huile grise, ces derniers produits représentant de véritables corps étrangers très irritants. Le sublimé, combiné à un albuminate, conserve toute son activité thérapeutique tout en perdant ses propriétés irritantes.

M. Dubois de Saujon a très souvent employé le benzoate de mercure en injections hypodermiques : il se contente d'une simple solution aqueuse additionnée de chlorure de sodium, sans cocaïne. Pour éviter les nodosités, il suffit d'injecter profondément dans le tissu cellulaire.

La solution de Delpech, qui contient 1/20 de chlorure de sodium, précipite à froid et elle est douloureuse ; l'orateur se contente d'une quantité de chlorure égale à celle de benzoate. Il obtient ainsi une solution limpide, stable, qui donne d'excellents résultats. On prescrira donc :

Benzoate de mercure.....	ãã 0 gr. 30
Chlorure de sodium.....	
Eau distillée.....	30 gr.

Faire la solution à chaud : le liquide est stérilisable par ébullition et se conserve indéfiniment.

M. Albert Cahen présente une note intitulée : *Un cas d'action inverse du salicylate de soude au cours du rhumatisme articulaire aigu.*

Si le salicylate de soude semble bien être le remède spécifique du rhumatisme articulaire aigu, son action sur la température est encore très discutée. La grande majorité des auteurs admet pourtant que c'est un antithermique, un antipyrétique assez puissant. Quelques-uns prétendent que les observations sont contradictoires ; il y aurait tantôt élévation, tantôt diminution de la fièvre. Enfin, pour d'autres, le salicylate n'agirait pas sur la courbe thermique.

Quoiqu'il en soit, on a vu une dose de médicament, au lieu de faire tomber la température, occasionner une poussée fébrile. C'est ce qu'on appelle l'action inverse, contraire ou paradoxale du médicament. L'auteur cite un bel exemple recueilli dans le service de M. Dalché.

Il s'agit d'un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu ; le cas ne présente aucune complication, sauf un léger nuage d'albumine dans les urines. Le thermomètre marque 38°. On ordonne 6 grammes de salicylate de soude.

Le lendemain, la température est montée à 38°2, le matin, et à 38°6 le soir. Même dose de salicylate.

Le surlendemain, la fièvre atteint 39°3 le soir, malgré 6 grammes de salicylate de soude pris encore dans la journée et sans que rien puisse expliquer cette élévation thermique. Le salicylate passe normalement dans les urines, l'albumine a un peu augmenté, mais elle est encore à l'état de traces indosables. Toutefois on remplace le salicylate de soude par un enveloppement ouaté avec de l'huile de jusquiame.

Le lendemain de la suppression du médicament, la fièvre tombe et la température redevient normale.

Les jours suivants, les douleurs et le gonflement ne diminuant pas, on donne à nouveau du salicylate et la température remonte à 39, 6°, sans qu'aucune complication n'explique cette hyperthermie. Pas d'accidents imputables au médicament, en dehors de sueurs profuses. Une nouvelle suppression du salicylate ramène immédiatement la température à la normale.

L'action du salicylate n'a pas été ici annulée par une influence étrangère (écart de régime, émotion, etc.), capable d'amener une hyperthermie : c'est donc bien un cas d'*action contraire*.

La pureté du produit administré était irréprochable, la malade avait de la fièvre quand on lui administra le médicament, et la dose de ce dernier n'avait rien d'exagéré. Ces 3 causes, signalées par d'autres auteurs dans des cas d'action contraire, n'ont donc joué aucun rôle dans le cas présent.

L'albuminurie était très légère : elle était sans doute fonctionnelle. Les sueurs profuses doivent être considérées comme une conséquence, non comme une cause de l'hyperthermie.

Dans l'observation de l'orateur, on a noté aussi un exanthème, mais il était trop limité pour occasionner une telle hyperthermie et existait avant que celle-ci ne se développât. Peut-on supposer enfin qu'il y a eu une lésion vasculaire causée par le salicylate et s'étant manifestée dans le centre thermique ? Mais la dose qui a provoqué l'hyperthermie est certainement insuffisante pour occasionner une lésion des vaisseaux du corps strié.

Il ne reste donc que l'hypothèse d'une perturbation dynamique portant sur les centres thermiques. Le salicylate exerce une action marquée sur les centres cérébraux et les centres vasomoteurs du bulbe : il n'est pas improbable que l'excitation médicamenteuse, portant sur un centre qui ne se trouve pas dans un état normal, ait produit un effet contraire à celui qu'on s'attendait à voir.

M. Dalché, à propos de cette observation, fait ressortir que la contre-indication à l'emploi du salicylate, due à la présence de l'albuminurie, représente une question complexe. Il pense que, lorsqu'il s'agit d'une albuminurie dépendant de l'état fébrile, cette contre-indication n'existe pas ; mais que lorsqu'on se trouve en présence d'un rhumatismant présentant les signes d'un mal de Bright ancien, il sera prudent de s'abstenir d'administrer du salicylate.

M. Leredde fait une communication concernant le *traitement du lupus par la phototérapie*. On ne saurait inférer de la réussite d'un traitement du lupus des membres à la même réussite pour la face. Inversement, la photothérapie, qui a pour caractéristique l'action en profondeur, donnera, à la face, de meilleurs résultats qu'aux membres, car la méthode est lente et, dans les points du corps où l'on peut espérer une guérison relativement plus facile, point n'est besoin de ce traitement pour arriver à des résultats parfaits.

L'orateur se borne, en conséquence, à la description des effets produits par la photothérapie dans le lupus de la face. Ces effets sont tout à fait remarquables, et la méthode, telle qu'elle est appliquée aujourd'hui avec des appareils perfectionnés permettant de raccourcir la durée des séances constitue un indéniable progrès sur les méthodes anciennes.

On a jusqu'ici, en combattant le lupus, mal posé la question : nous avons besoin d'un traitement qui guérisse, et non pas seulement d'un traitement qui se borne à soigner le lupus. La méthode la plus ancienne en date est celle des caustiques chimiques ; l'orateur a eu l'occasion, à l'époque où il commençait, à l'hôpital Saint-Louis, à étudier cette question, de voir de nombreux malades ainsi traités : il n'en a jamais vu un seul qui fût radicalement guéri : tous présentaient tôt ou tard des récidives. Le caustique chimique, cautérisant les lésions superficielles, donne naissance à une cicatrice fibreuse, résistante, mettant à l'abri d'une nouvelle action thérapeutique les lupomes profonds : ces derniers continuent à évoluer et à envahir le voisinage. Dans ces derniers temps, un caustique chimique nouveau a été préconisé par Butte Il s'agit du *permanganate de potasse*, qui ne représente pas non plus une méthode curative. Aucun des malades traités par le permanganate n'a guéri jusqu'ici. L'emploi de ce caustique a quelque chose de séduisant, car le résultat esthétique est parfait ; jamais on n'observe de ces cicatrices denses, emprisonnant le mal, que donnent les autres caustiques. Malheureusement, au bout de 2 à 3 mois après cessation du traitement, le lupus reparaît. Les beaux résultats enregistrés ne représentent donc qu'une illusion aussi funeste pour le médecin que pour le malade.

En résumé le permanganate, insuffisant comme méthode de guérison, rendra de grands services comme adjuvant, car c'est un décongestionnant de grande valeur.

Après les caustiques chimiques, vint le *curettage*. La méthode excellente pour les membres, n'a jamais, pour la face, pu mettre à l'abri des récidives.

Il ne reste plus à examiner que trois procédés vraiment curatifs.

La *galvanocaustie* représente un de ces procédés, à condition que l'on puisse bien voir les lupomes qu'il s'agit de détruire et qu'on puisse aisément les atteindre. On parviendra donc, dans des lupus plans, à stériliser la région traitée. Mais, malgré les circonstances les plus favorables, on arrive encore à rencontrer des cas réfractaires.

Les *scarifications* méthode extrêmement minutieuse, fort pénible pour les malades, ont enregistré aussi des guérisons, mais le nombre des insuccès est considérable.

L'*ablation*, dans les cas où elle est possible, représente sans nul doute la méthode la plus curative, à conditon d'enlever hardiment, de passer dans le tissu apparemment sain, de ne pas respecter l'hypoderme. Malgré l'énergie d'opérateurs tels que Lang, la méthode compte encore à son passif 50 0/0 de récidives.

Si toutes ces méthodes ont été jusqu'ici jugées avec un certain optimisme, c'est que la plupart des malades se soustraient au traitement, souvent barbare et ne pouvant garantir une guérison certaine.

La *photothérapie* se présente sous de bien meilleurs auspices. L'orateur a traité jusqu'ici, par cette méthode, 43 malades, dont 11 avaient un lupus datant de moins de 5 ans, 10 un lupus datant de moins de 35 ans. Sur ces 43 malades, on reconnut que chez 4 tout effort resterait inutile. Sur les 39 restants, 5 ont cessé de se faire soigner avant la fin du traitement ; sur les 34 restants, il y a 5 résultats douteux.

Les 29 restants peuvent être divisés en deux groupes : les uns ont obtenu une *guérison totale*, les autres une *guérison segmentaire*. Ce dernier résultat, enregistré sur un point, permet de compter sur une réussite aussi bonne sur les autres points : 21 malades sont dans ce cas.

8 malades ont obtenu une guérison complète, absolue, fait tout à fait remarquable, absolument remarquable quand on songe que le traitement n'a duré que 14 mois au maximum et a été appliqué à des cas pour ainsi dire désespérés.

L'orateur présente à la Société une série de malades sur lesquels on peut observer les bonnes conditions de cicatrisation, ne rappelant en rien les cicatrices déformantes et calleuses que les autres méthodes ne donnent que trop souvent.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

Thérapeutique minima de la fièvre typhoïde. Statistique, par MONGOUR. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 8 décembre 1901.— A propos de la très importante communication du Pr Chantemesse sur la sérothérapie antityphique, Mongour indique les résultats de sa pratique depuis neuf ans ; sur 107 typhiques traités, il n'a enregistré que 5 décès, soit une mortalité de 5 pour 100 : dans la plupart des cas qu'il a observés, e sérodiagnostic a été fait autant que possible. Est-ce à dire de ces chiffres que la fièvre typhoïde à Bordeaux soit toujours bénigne : une statistique personnelle ne permet pas de tirer de conclusion absolue. Quoiqu'il en soit, la méthode employée par l'auteur ne comporte ni les bains froids, ni l'usage des antithermiques ; elle comporte une thérapeutique minimale consistant en :

1° Diète liquide, en évitant le régime lacté absolu ; le lait est mélangé à des œufs ou à des potages:

2° Absorption de liquide, tisane sucrée ou eau pure en grande quantité, à condition toutefois de ne point fatiguer l'estomac;

3° Evacuation régulière de l'intestin par des purgatifs légers administrés suivant les cas tous les trois ou quatre jours; l'huile de ricin doit être préférée;

4° Aération constante de la chambre du malade.

A cela, l'auteur joint le naphtol à dose homœopathique, sans croire beaucoup à son efficacité thérapeutique.

L'insomnie est calmée par l'ingestion de chloral à la dose de 1 à 2 grammes. La fièvre n'est pas combattue ; mais, si elle dépasse 40° 5, l'intervention consistera en quelques lotions. Ce mode de traitement n'est pas nouveau : Kromer (de Younief) a récemment donné une statistique où la mortalité n'est que de 6 pour 102 malades et le traitement qu'il emploie est assez comparable à celui de l'auteur.

Il était important que ces résultats fussent rappelés, car trop de médecins ont recours au traitement systématique des dothiénentéries q uelles qu'elles soient par la réfrigération et les antithermiques. Seules les thérapeutiques causale s peuvent se réclamer de l'esprit de système.

P. SAINTON.

L'acide picrique dans la petite vérole, par le Dr JOSÉ FRANCISCO ROMERO (*Cronica medica mexicana*, août 1901). — Guidé par les remarquables résultats obtenus dans le traitement de l'érysipèle avec les lotions d'une solution d'acide picrique à 1 0/0, l'auteur les a essayées dans la petite vérole. Les résultats furent magnifiques. Sur les parties badigeonnées on voit à peine les pustules.

Le nombre de cas où l'auteur a expérimenté ce procédé peuvent se décomposer ainsi :

	Femmes	Hommes
Sans laisser de cicatrices notables.....	29	17
Avec cicatrices (traces)..	6	9
Sans aucune cicatrice...	62	39
	97	65
Total	162	

La manière de procéder est la suivante : il prépare une solution de 2 grammes d'acide picrique dans 15 d'alcool, et ensuite il ajoute 185 grammes d'eau ; avec cette solution, il fait faire des lotions sur tout le corps du malade : ces lotions sont répétées trois fois par jour.

Dans le cas où les pustules sont en suppuration, il emploie la formule suivante :

Lanoline ou vaseline liquide	100 gr.
Acide picrique.....	2 gr. 50
Alcool.....	2 gr.

Frictionner quatre fois par jour.

Quant à l'acide picrique, il agit en stérilisant les microcoques et les staphylocoques contenus dans la pustule en empêchant que les colonies pénètrent jusqu'au derme. Si le topique est appliqué avant que la papule se transforme en pustule, celle-là se déprime et disparaît.

L'action de l'acide picrique va-t-elle jusqu'à détruire les germes, en rendant impossible la propagation du virus par les squames ? Les observations de l'auteur démontrent que très rarement la petite vérole fait des victimes dans les familles où le premier cas a été convenablement traité par le médicament en question. Mais, comme rarement le foyer du contage est unique, il n'est pas possible de résoudre cette question d'une manière définitive.

F. Berini.

La vaccination dans la période d'incubation de la petite vérole, par le Dr Nemesio de Anda (*Cronica Medica Mexicana*, août 1901). — Il s'agit d'un sujet atteint de petite vérole et dont les deux sœurs, n'ayant pu être isolées, ont commencé à présenter tous les symptômes de la maladie avec éruption papuleuse inclusivement. L'auteur les a vaccinées et, malgré l'apparition des symptômes signalés, les pustules de vaccine ont suivi leur cours et la petite vérole s'est trouvé arrêtée de ce fait.

Le traitement a consisté en pulvérisations d'éther sulfurique et de bichlorure de mercure.

L'auteur espère qu'on expérimentera sur de nouveaux cas, pour voir si l'on parviendrait ainsi à arrêter le cours d'une maladie très grave dans la plupart des cas.

F. Berini.

Contre-indications momentanées de la vaccination, par le Dr J. Cell Bofill (*Gaceta Médica Catalana*, 15 septembre 1901). — Rien de plus simple et en même temps plus logique que de dire que tous les nouveaux-nés doivent être vaccinés le plus tôt possible ; cette pratique, bonne en général, souffre cependant des exceptions. Le peu de développement physique est considéré par la plupart des pédiatres comme une contre-indication momentanée, car, avec un poids moindre de 2.500 grammes, la vaccination peut être préjudiciable, en troublant la santé et en enrayant le développement.

Une autre contre-indication formelle est fournie par l'existence d'un eczéma sec ou humide dans n'importe quelle partie du corps. Cela ne veut pas dire qu'on ne doive pas vacciner les eczémateux, mais ce sera au prix de très grands soins, car le danger de voir apparaître des pustules supplémentaires dans les plaques eczémateuses est très grand.

Quand on sera obligé de vacciner un eczémateux, on fera une seule piqûre, et on y déposera une petite gouttelette de virus. Un moment après, on lavera la peau avec l'eau boriquée et on essuiera avec du coton hydrophile, en touchant la petite plaie avec du collodion.

F. Berini.

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr Chassevant

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

La thyroïdothérapie dans l'obésité, par Briquet (d'Armentières), (*Journal de Médecine et de chirurgie pratiques*, 25 décembre 1901). — Les médecins qui ont employé le corps thyroïde dans la cure de l'obésité sont arrivés à des conclusions absolument divergentes et nombre de praticiens ont abandonné cette médication à cause du nombre croissant de ses détracteurs systématiques. La médication thyroïdienne n'agit point seulement sur les accidents d'hypothyroïdie que l'on peut rencontrer chez certains obèses; mais, chez les individus sains même, elle peut amener l'amaigrissement, car elle agit en favorisant l'élimination de l'eau, la combustion des graisses et même de la substance azotée. Les observations rapportées par l'auteur montrent les bons résultats qu'il a obtenus dans l'obésité; toutes les préparations thyroïdiennes ne lui ont pas donné des résultats identiques.

Quelles sont les indications de la thyroïdothérapie chez les obèses? Il est incontestable qu'un traitement hygiénique bien suivi est supérieur; mais l'emploi du corps thyroïde est un adjuvant utile; il permet d'obtenir un amaigrissement plus rapide au début, alors que ces sujets sont incapables de prendre de l'exercice, de faire des marches; il est alors prudent de tâter la susceptibilité des malades et de surveiller le pouls, qui ne doit jamais dépasser 110 ou 120 au maximum.

Les contre-indications de cette méthode sont la vieillesse, la cachexie, la néphrite, le diabète mais surtout l'existence de cardiopathies, quoique Weiss ait observé une amélioration des phénomènes cardiaques chez une obèse.

Il faut d'ailleurs procéder avec prudence, car on a observé au cours de la cure thyroïdienne des accidents cardiopulmonaires; ces phénomènes ont été souvent observés au cours d'amai-

grissement rapide. Une fois l'amaigrissement obtenu, il faut soumettre le malade à une hygiène rationnelle et même thyroïdiser le malade de temps en temps. Quant à la préparation qui convient le mieux, Briquet a employé les capsules de Vigier ou les tablettes de thyroïde Burroughs et Velcome; si ces dernières sont plus actives, en revanche les premières sont mieux supportées.

Quelle que soit la préparation employée, il ne faut point oublier que le malade doit être surveillé et que la perte de poids ne doit point dépasser une livre par semaine en moyenne.

P. Sainton.

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUN 29 1903

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux.

Indications et usage de la ligature élastique en chirurgie intestinale, par Th. Mc. Graw (*Medical Record*, v. 60, n° 14, 1901). — L'incision et la suture soigneusement faites absorbent beaucoup de temps, lorsqu'il s'agit de créer l'abouchement de deux parties du tube digestif. Le bouton de Murphy est plus expéditif, mais l'orifice de communication qu'il donne reste limité, insuffisant, et de plus il n'est pas d'une application toujours facile, lorsqu'à la suite d'une obstruction chronique, par exemple, on se trouve en présence d'une partie intestinale très dilatée, qu'il s'agit d'aboucher avec une autre partie très rétrécie. Enfin, on abandonne un corps étranger volumineux dont la rétention dans le duodénum ou dans l'estomac n'est pas rare et qui, en tout cas, doit chercher sa voie à travers le tube intestinal, où il peut causer de l'irritation ou de l'obstruction,

C'est pour cela que l'auteur est revenu à l'usage de la *ligature élastique*, dont il a proposé l'emploi à l' « American Medical Association » en 1891 et qu'il avait lui-même délaissée. Il lui semblait, comme à ses collègues, que toute méthode permettant d'emblée le passage des matières et aliments à travers l'orifice nouveau créé par le chirurgien devait être préférée à une autre. Mais de nombreuses observations lui ont démontré que l'estomac et l'intestin ne sont pas capables de faire usage de ce nouveau canal avant *deux* ou *trois* jours. Les anesthésiques produisent une irritabilité gastrique qui persiste plusieurs heures et le traumatisme opératoire a un effet d'inhibition prolongée sur les parois de l'intestin et sur la digestion et l'absorption des aliments. D'autre part, comme le succès tient de près à la rapidité de l'acte opératoire, pourquoi ne pas se servir d'un procédé d'application aussi facile que la ligature élastique? On a encore objecté qu'il valait mieux voir de ses propres yeux la communication faite, insinuant ainsi que la ligature pouvait manquer son but. Dans les nombreuses expériences faites par l'auteur chez le chien, dont l'intestin est plus épais que celui de l'homme, aucun échec ne s'est jamais produit. Ayant répondu aux principales objections, M. Graw fait ressortir les avantages de cette méthode, la plus rapide pour produire une anastomose intestinale : quelques points de Lembert, le passage de la ligature à travers les viscères adjacents, le fixage par un nœud, quelques points de Lembert complémentaires et l'opération est terminée. Pas d'incision des parois, partant pas d'hémorragies, pas d'issue des matières et, par suite, pas de péritonite. L'anastomose est réalisée au bout de trois ou quatre jours. L'intestin ne se sphacèle pas sous la ligature, il se fait un processus d'absorption et, lorsqu'on fait un examen après trois ou quatre jours, on trouve les bords exactement unis sans la moindre surface à vif. Enfin, le chirurgien peut régler à sa convenance la dimension du canal, ce qui n'est pas possible avec le bouton. Tout dépend donc, pour la complète réussite, d'un bon matériel. Il faut faire choix d'un cordon de caoutchouc solide, dur, cylindrique, ayant au moins deux millimètre de diamètre. Le plus grand soin sera apporté à s'assurer de la qualité de ce lien. On en fabrique en Amérique, munis de pointes à leurs extrémités de façon à les entraîner à travers une très étroite ouverture des parois gastro-intestinales et à faciliter la confection du nœud. Le lien est toujours passé suivant l'axe longitudinal des viscères. Quant au nœud, il est assuré avec un solide fil de soie qui l'enserre.

La *ligature élastique* trouve son indication dans toutes les *gastro-entérostomies*. Lorsqu'on fait l'opération de Roux, en tous points recommandable, comme elle se compose d'une gastro-entérostomie complétée par une entéro-entérostomie, on se trouve avoir à faire quatre incisions et deux sutures difficiles, ce qui est excessif, chez des malades épuisés. C'est ici surtout que cette méthode montre ses grands avantages sur la suture ou les boutons, qui laissent deux gros corps étrangers dans le tube digestif; la rapidité d'application, l'absence de danger, de septicémie, offre un brillant contraste avec les délectuosités des autres méthodes.

La *sténose* du petit intestin, y compris celle du duodénum, doit bénéficier naturellement de ce

procédé. Ici, la situation est moins grave que dans les rétrécissements du pylore. Les liquides, en arrivant à l'orifice rétréci cause une vive douleur, mais ils passent et finissent par être absorbés. On peut donner des purgatifs dans les jours qui précèdent l'opération, vider l'estomac et soutenir les malades par des lavements nutritifs.

Les rétrécissements cicatriciels peuvent être traités de la façon suivante : on passe l'aiguille en amont, pour la faire ressortir en aval du rétrécissement, en passant à travers le canal existant. Lorsqu'on lie, on adosse l'intestin à lui-même ; la ligature, en tombant, crée un large orifice de communication. En principe, il faut toujours faire l'entéro-anastomose le plus près possible de l'obstacle, pour éviter le séjour des matières dans les points rétrécis. Rangeons aussi les tumeurs inopérables au nombre des indications, puisqu'il faut également créer une dérivation par voie d'anastomose; on peut également faire précéder d'une anastomose l'ablation des tumeurs opérables du gros intestin. Dans les *hernies étranglées*, lorsqu'on ignore jusqu'où s'étend la gangrène, on peut différer la résection et se conduire de manière à offrir au malade le plus de chances de guérison : on fait une anastomose à la ligature élastique en un point évidemment sain des parois opposées de deux anses. On isole du reste du péritoine avec de la gaze iodoformée les deux bouts suspects, que l'on fixe à la paroi abdominale par la suture, après les avoir débarrassés de la portion sphacélée. S'il n'y a pas de gangrène secondaire, on réduit peu à peu l'intestin exposé en lui faisant réintégrer la cavité abdominale. Dans le cas contraire, il se formera une fistule stercorale, dont la formation de cette *anastomose préventive* hâtera promptement la guérison. Ou bien, on fera plus tard la suture par adossement des bouts intestinaux, pour arriver à une guérison complète.

Comme *contre-indications*, on peut citer les gastro-entérostomies dans lesquelles l'examen de la cavité stomacale est nécessaire et les cas d'obstruction intestinale aiguë, qui demandent une incision pour l'évacuation des gaz et des matières. On devra alors s'adresser à d'autres procédés.

A. Benoit.

Sur la cure des synovites tuberculeuses (F. Spadaro. *Il Policlin. Seg. Chirurgica fasc. 11*, octobre 1901). — L'auteur, après avoir parlé de la pathogénie, de l'anatomie pathologique et du diagnostic de ces affections, se prononce nettement contre le traitement classique (immobilisation, compression, extension continue, etc.) qui ne donne que des améliorations apparentes. Les injections intra-articulaires d'acide phénique, d'iodoforme, de sels de zinc sont de même, pour l'auteur, inutiles; même les injections iodo-iodurées, selon la méthode de Durante, n'ont pas d'autre effet que d'améliorer l'état général du malade et d'augmenter la résistance des tissus qui entourent l'articulation affectée. Ces dernières injections sont cependant toujours utilisées par l'auteur comme un adjuvant de l'intervention sanglante.

L'auteur base ses conclusions sur une statistique personnelle de 56 cas ; deux seulement sont morts de tuberculose miliaire quelque mois après l'intervention. Chez les enfants, il a pratiqué presque toujours l'arthrotomie, en enlevant tout le tissu suspect et en cautérisant ensuite toute la plaie au thermocautère : dans les cas où ce fut nécessaire, il a pratiqué une seconde fois cette opération. Quand c'est l'articulation du genou qui est atteinte et que l'infection est nettement limitée à la capsule articulaire, il conseille l'arthrotomie suivie d'immobilisation de l'articulation.

S'il s'agit d'un adulte, il conseille une résection étendue de toutes les parties infectées et des tissus environnants. Chez les enfants, à moins d'indication absolue, il ne faut jamais pratiquer la résection, pour éviter, par l'extirpation du cartilage épiphysaire, d'arrêter le développement consécutif de l'articulation. Si enfin on trouve des altérations très étendues et très graves des tissus et des os au moment du premier examen, la meilleure intervention consiste dans l'amputation.

Il va sans dire que tout acte opératoire doit être exécuté selon les règles de l'antisepsie : l'auteur irrigue toujours, pendant tout le cours de l'opération, le champ opératoire avec une solution phéniquée à trois pour cent.

On doit en même temps essayer d'améliorer l'état général du malade.

A.-L. Percival.

Du rôle de la kinésithérapie dans le traitement de la scoliose à ses diverses périodes, par Mennard (*Rev. de cin. et d'électrothérapie*, 20 décembre 1901).—L'auteur divise les scolioses, suivant la période de leur évolution, en scolioses souples : *a*) susceptibles de redressement volontaire; *b*) non susceptibles de redressement volontaire ; *c*) rigides.

Dans le cas d'une scoliose souple susceptible de redressement volontaire, on peut, par le massage et par des exercices actifs convenablement choisis et suffisamment répétés, obtenir la disparition de l'attitude vicieuse et le redres-

sement durable de la colonne vertébrale avec toute sa souplesse.

Les exercices actifs seront même dans ce cas très supérieurs au massage, car ils exigent l'intervention de la volonté et c'est en pareil cas que la méthode danoise de Kjœlstad et Tidemand pourra rendre de précieux services.

Dans le cas, au contraire, où la suspension ne donne que peu ou pas de redressement de la courbure latérale, le massage des muscles et les mouvements actifs, ne donneraient rien. Ce qu'il faut avant tout c'est assouplir le rachis.

On a construit dans ce but des appareils coûteux et compliqués pour produire la mobilisation passive des scolioses ; le plus simple est encore de pratiquer la mobilisation manuelle aidée de la suspension latérale à l'aide d'un plan incliné dont les modèles sont nombreux. On a ainsi son malade bien en main et il n'est point de scoliose, si rigide soit-elle, qu'on ne puisse assouplir par ce procédé avec un peu de patience.

Ces manœuvres d'assouplissement constituent la préparation indispensable du traitement de toute scoliose rigide. Sans assouplissement, il est impossible de faire prendre au sujet les attitudes corrigées actives ou passives qui constituent le but à atteindre. Ce principe, qui paraît élémentaire, mérite qu'on y prête attention, car il n'est pas rare de voir traiter des scolioses rigides soit par les mouvements actifs seuls, soit plus souvent encore par des corsets. Dans l'un et l'autre cas, on n'obtient naturellement aucun bon résultat.

Lorsque la mobilisation du rachis a été obtenue par les manœuvres d'assouplissement, on se trouve ramené au cas d'une scoliose souple, mais non susceptible de redressement volontaire.

En pareil cas, le massage est encore indiqué pour rendre au sujet une musculature plus puissante, les exercices actifs sont utiles eux aussi, mais ces moyens ne suffisent plus comme tout à l'heure à obtenir des attitudes actives corrigées ni surtout à les maintenir ; il faut de toute nécessité avoir recours alors aux attitudes passives.

Il est clair en effet que la colonne vertébrale rendue souple, mais toujours déviée et impossible à redresser par les seules forces du sujet, aura de plus en plus tendance à fléchir sous le poids de la partie supérieure du corps.

Une colonne vertébrale souple et fléchie ne peut pas se mettre en équilibre par elle-même, elle tend sans doute vers la recherche de cet équibre naturel par la torsion inévitable qui est fonction de la flexion, mais ce n'est qu'une tendance irréalisable. Il faut qu'une force extrinsèque vienne à son secours. Si ce ne sont les muscles et les ligaments qui la soutiennent, il faudra par des moyens artificiels soit aller au-devant de la flexion en supprimant sa cause, soit fournir un tuteur qui s'oppose à cette flexion.

Le décubitus horizontal sur un lit mécanique, lit plâtré, ou simplement sur une planche, la suspension oblique, le port de certains appareils supportant le poids de la tête et renouvelés de l'antique machine de Levacher, tendent à réaliser le premier desideratum. Chaque système a ses avantages et ses inconvénients, aucun ne saurait convenir à tous les cas, mais tous peuvent rendre de grands services étant employés à propos.

Quant aux appareils destinés à servir de tuteur, ce sont les corsets, dont la variété est incommensurable. Malheureusement, ceux qui les préconisent ne veulent pas généralement voir en eux de modestes tuteurs, rôle qu'ils peuvent quelquefois remplir efficacement ; ils veulent en faire des redresseurs.

Or, un corset quel qu'il soit, en acier ou en plâtre, avec ou sans plaques, muni ou non de crémaillères, n'a jamais redressé une scoliose et c'est une grave erreur que de vouloir guérir une scoliose rigide en l'enfermant dans un corset avant de l'avoir assouplie.

En résumé, une scoliose souple et susceptible de redressement volontaire peut guérir par le seul traitement kinésithérapique sans corset ni appareil ; ici la kinésithérapie est nécessaire et suffisante.

Une scoliose rigide doit avant tout être assouplie pour qu'on puisse ensuite, à l'aide de moyens variés (décubitus, corset, etc...), lui imposer une attitude passive corrigée. Le massage et les exercices devront aussi dans ce cas rendre aux muscles leur force perdue.

E. Vogt.

Traitement électrique de l'entorse, par Planet et Charrier (*Bulletin off. de la Soc. franç. d'électrothérapie*, nov. 1901). — Les moyens thérapeutiques employés contre l'entorse sont très nombreux.

Actuellement, la plupart des médecins sont partisans du massage, mais peu d'entre eux prescrivent le massage rigoureusement.

Le plus souvent, après une entorse, le malade est laissé au repos, avec ou sans bandage compressif ; quelquefois on ajoute soit des bains locaux, soit des pansements humides. Ce n'est qu'au bout de plusieurs jours que l'on conseille des frictions, du massage, et l'on néglige habituellement de faire appliquer ce traitement par

des personnes suffisamment exercées à la pratique du massage.

Le procédé électrique adopté par les auteurs présente des avantages supérieurs à ceux que donne le massage.

On se servira d'un appareil faradique à chariot avec une bobine à fil fin.

La bobine induite recouvre entièrement la bobine inductrice.

Le trembleur est disposé pour que les intermittences soient très rapides.

Comme électrodes, on prendra deux gros tampons de charbon recouverts de peau de chamois, ayant 6 à 7 centimètres de diamètre.

Les deux tampons sont tenus appliqués très fortement aux deux extrémités de l'articulation, et de préférence, sur la région douloureuse, le tampon qui est relié au pôle négatif. Tandis que le tampon positif reste habituellement fixe pendant toute la durée de la séance, on placera le tampon négatif de façon à lui faire parcourir toute l'étendue de la région douloureuse.

La durée de la séance est de quelques minutes à peine, entre cinq et dix minutes : aussitôt après, le malade accuse une diminution considérable, souvent même la disparition de toute espèce d'élement douloureux ; il se met à marcher avec aisance, sans boiter ; il peut frapper le sol avec le pied malade, il peut se tenir debout sur ce seul pied. La douleur de la malléole externe est supprimée ou tout au moins considérablement diminuée.

Cet effet analgésique si remarquable a une durée variable.

Ordinairement la douleur cesse complètement pendant plusieurs heures, pour revenir, mais sans jamais reprendre son intensité première. Cette douleur procède d'ailleurs par paroxysmes et disparait toujours de nouveau lorsqu'on recommence l'application faradique.

Voilà pourquoi il y a intérêt parfois à faire deux applications dans la même journée.

On conseillera toujours aux malades de marcher le plus possible, car la douleur ne faisant plus obstacle aux mouvements de l'articulation atteinte, le malade ne se refuse plus à exécuter ces mouvements. On évite ainsi les complications ordinaires de l'entorse : épanchements chroniques, exsudats, ankylose, etc., qui sont le cortège habituel des entorses anciennes et qui, par leur persistance, arrivent à constituer quelquefois des infirmités permanentes.

Dans les entorses anciennes, la faradisation ne donne pas des effets aussi rapides, mais elle permet encore d'obtenir une amélioration supérieure à celle produite par les autres procédés thérapeutiques.

E. Vogt.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Médecin des hôpitaux

Quelques considérations sur le traitement du catarrhe chronique de l'estomac, par H. Zilgier (*Revue Médicale de l'Est*, 15 décembre 1901). — La gastrite chronique caractérisée anatomiquement par l'inflammation des tuniques de l'estomac se traduit chimiquement par une diminution des fonctions cliniques de l'estomac et par une atonie gastrique très marquée. Avant de traiter la maladie, il faut savoir reconnaître la cause : est-elle due à l'abus des boissons alcooliques, du tabac, du thé, du café, à la surcharge de l'estomac, à l'ingestion en trop grande abondance de mets épicés, de boissons glacées ; est-elle consécutive à une maladie infectieuse, ce sont autant de questions qu'il faut résoudre avant d'instituer un traitement. Il faut tâcher avant tout de préserver le malade s'il est prédisposé ; on lui conseillera l'exercice en plein air, l'escrime, la gymnastique combinés avec une hydrothérapie rationnelle.

Quand la maladie est constituée, l'analyse du suc gastrique permet de constater la diminution de la pepsine et du lab ferment, la moindre teneur en acide chlorhydrique libre. Dans les formes graves, il n'y a plus de digestion stomacale, à proprement parler.

Le régime devra consister dans la multiplication des repas : le bouillon, les pâtes alimentaires, les œufs, les aliments végétaux, épinards, carottes, les farines de pois et de lentilles seront surtout conseillés. Les viandes grillées, la viande crue, surtout la viande de bœuf, sont bien digérées. Le gras peut être toléré, aussi peut-on permettre l'huile d'olives, la crème, le beurre frais. Le seul condiment autorisé sera le sel de cuisine. Les vins blancs légers, les vins rouges peu riches en tannin seront pris en petite quantité et additionnés d'eau de Pougues ou de Souzlmatt. La bière sera exclue à cause de son contenu en matière fermentescible. Le lait n'est pas toujours bien supporté : on peut l'additionner d'eau de chaux (250 gr. de lait). Les amers, condurango, noix vomique ou suivant la formule ;

Teinture de Colombo..
Teinture de Gentiane..
Teinture de quassia amara..... } ââ 10 grammes

(vingt gouttes trois fois par jour).

sont de bons excitants de la sécrétion gastrique.

Si l'estomac répond mal à ces sollicitations,

il faut employer le ferment pancréatique (pancréas frais de porc ou de veau, ou pancréatine) : la papaïne est aussi très utile.

Si le mucus est abondant, le lavage de l'estomac tous les deux jours le matin à jeun pendant des séries de quinze jours donnera d'excellents résultats. Si les mucosités intra-gastriques sont peu abondantes, on peut tirer profit de l'électrisation intra-gastrique.

Les eaux salines chlorurées sodiques, chargées d'acide carbonique comme Wiesbaden, les eaux alcalines contenant du sulfate de soude, du chlorure de sodium et beaucoup de CO^2 conviennent, les premières chez les malades sujets à la diarrhée, les seconds chez les constipés.

P. Sainton.

Colostomie temporaire en cas de dysenterie chronique (*Deutsche med. Wochenschrift*, 2 janvier 1902). — Nehrkorn donne la description d'un cas opéré à la clinique chirurgicale de Heidelberg. Il s'agit d'un ouvrier de 19 ans, anémique et cachectique, atteint de sigmoïdite chronique, avec selles fréquentes hémorragiques. Les traitements médicamenteux les plus variés ne parvinrent pas à enrayer les progrès de l'affection. Le Pr Czerny se décida alors à pratiquer la colostomie, dans le but de supprimer toute irritation dans la partie de l'intestin atteinte. L'S iliaque, mis à nu par une incision, était rigide, œdématié; il fut fixé dans la plaie et ouvert deux jours plus tard avec le Paquelin. Le doigt introduit dans la plaie permit de reconnaître la présence d'ulcérations grandes comme des pièces de 50 centimes, saignant facilement. Suites opératoires favorables. Le traitement local consista les deux premiers jours en lavages, 1 à 2 fois par jour, du colon avec une solution faible d'acide salicylique. Le troisième jour, on donna de l'huile de ricin qui provoqua une selle non sanglante. L'état général s'améliora rapidement : l'anus contre nature fonctionna d'une façon parfaite et au bout de 3 semaines l'anémie elle-même avait disparu (augmentation de poids 13 kilos 500). Quatre semaines plus tard, le malade, qui avait reçu son exeat, revint à la clinique et demanda à être débarrassé de son anus contre nature ; on accéda à ce désir 3 mois et demi après l'opération. Guérison définitive.

En résumé, quand on se trouve en présence d'une entérite chronique hémorragique résistant à tout traitement médical et amenant lentement le malade à la cachexie, l'intervention chirurgicale doit être tentée : le choix de l'opération (cœcostomie, colostomie, entéro-anastomose), dépendra de l'examen minutieux de l'intestin malade.

E. Vogt.

Amygdalite aiguë ; son traitement par l'application locale de teinture d'iode par S. Flœrsheim (*New-York Med. Jour.*, 5 octobre 1901). — Le praticien se trouve parfois en face d'amygdalite catarrhale ou folliculaire, avec gonflement d'une ou de deux amygdales, qui a résisté à tous les traitements. Pressé par le malade de lui procurer quelque soulagement, Flœrsheim, en désespoir de cause, essaya les badigeonnages de teinture d'iode sur la région enflammée. La sensation de brûlure est vive, mais au bout de deux minutes, le malade se gargarise avec de l'eau chaude à plusieurs reprises. Le résultat de ce traitement fut des plus satisfaisants.

Si après un premier badigeonnage le malade ne ressent pas une sensation de brûlure, il faut le renouveler au bout de 3 à 4 minutes.

Des malades qui ne pouvaient dormir, ni boire, ni manger, furent soulagés en cinq minutes ; la rougeur, le gonflement diminuent.

Chez certains malades, il n'était pas fait d'autre traitement ; chez d'autres on y ajoutait les remèdes habituels.

Dans la pharyngite et l'uvulite, la teinture d'iode agit aussi admirablement ; dans l'amygdalite phlegmoneuse, elle réduit le gonflement et hâte l'ouverture de l'abcès.

L'auteur a ainsi traité 68 cas et termine sa communication par les conclusions suivantes :

1° La teinture d'iode est l'antiphlogistique le plus puissant contre les inflammations de la gorge;

2° Son action est très rapide, car le soulagement survient souvent au bout de 5 minutes :

3° Elle a guéri l'inflammation dans des cas où les autres remèdes avaient échoué ;

4° Son emploi dans 68 cas d'amygdalite aiguë a toujours été suivi d'amélioration ;

5° Sa méthode d'application est des plus simples.

A. Courtade.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine

Le traitement de la tuberculose par l'acide cinnamique (*Therap. Monatshefte*, déc. 1901). — Franck traite les tuberculeux par des injections intra-veineuses d'une solution de cinnamate de soude (*hétol*) à 1, 3 ou 5 0/0. L'introduction d'une solution de ce genre, à la dose 2 à 5 divisions de la seringue de Pravaz, dans la mé-

diane basilique, est absolument indolore. Les injections se feront dans la règle trois fois par semaine : il suffit d'observer un repos d'une heure après l'intervention. L'auteur, sur 4 à 500 injections, n'a jamais observé le moindre accident.

L'auteur dispose de 13 observations, parmi lesquelles figurent des cas très graves. Les cas de bacillose pure, sans infection secondaire, donnent les meilleurs résultats, tandis que les cas compliqués d'infections secondaires résistent à la médication.

Le traitement par l'hétol provoque autour des lésions une immigration marquée de leucocytes : tant que la lésion n'est pas encapsulée, les hémorragies sont à craindre ; il faut 6 à 8 semaines pour obtenir un enkystement résistant et une amélioration tangible. A ce moment les craquements humides ont fait place aux craquements secs, la zone de matité a diminué ainsi que le nombre des bacilles dans les crachats. Les sueurs nocturnes disparaissent vers la deuxième semaine, la fièvre entre la deuxième et la troisième semaine.

En résumé, dans les tuberculoses non compliquées, au début, le traitement par l'hétol peut faire espérer une guérison définitive : il est préférable de commencer par ce traitement avant d'envoyer les malades dans les sanatoria.

E. Vogt.

De l'intervention chirurgicale dans les épanchements pleurétiques, par le Dr Domingo Maugas (*Thèse*, Madrid, 1901). — Voici les conclusions de l'auteur concernant le traitement des épanchements pleurétiques :

1° Le traitement médical amène très rarement la guérison. Ce résultat est atteint seulement dans la pleurésie séreuse primitive, chez les jeunes sujets d'excellente constitution, au commencement de la maladie et quand l'épanchement est modéré ;

2° Les exsudats séreux réclament en général la thoracentèse : l'empyème aigu la pleurotomie par incision avec ou sans résection de côte, et l'empyème chronique la thoracoplastie ;

3° La thoracentèse est indiquée : quand l'exsudat séreux prend un rapide développement et menace directement la vie par la difficulté de la respiration et de la circulation ; quand l'exsudat, augmentant peu à peu ou même restant stationnaire, oppose de la résistance au traitement interne. Dans le premier cas, on doit opérer malgré la fièvre ; dans le second, quand les facteurs de l'inflammation auront disparu ;

4° La ponction dans les cas d'empyème est indiquée seulement en cas d'asphyxie et de mort imminente : chez les enfants et les sujets jeunes au commencement de la maladie et comme opération préliminaire de la thoracotomie ;

5° La thoracotomie est indiquée dans l'empyème aigu, la résection d'un fragment de côte pouvant se faire pour obtenir une large ouverture permettant le drainage et la désinfection.

6° La thoracoplastie doit être réservée aux empyèmes chroniques ;

7° Les ponctions de la cavité pleurétique seront en général pratiquées sur le côté latéral de la poitrine, dans la ligne axillaire ou un peu en avant, entre les cinquième et septième espaces intercostaux ;

8° L'asepsie est de règle si l'on veut éviter la suppuration de la cavité pleurétique.

F. Berini.

Symptomatologie et traitement de l'asthme chronique (névrose de pneumogastrique) (*Soc. méd. de Berlin*, 13 nov. 1901). — Zuelzer combat l'élément spasmodique de l'accès d'asthme par l'injection sous-cutanée d'atropine (un mgr. à la fois) : l'accès est enrayé au bout de 15 à 20 minutes grâce à cette médication. Chez les individus présentant de l'emphysème pulmonaire à la suite des accès, une série d'injections quotidiennes d'atropine (8 à 10 jours), a fait disparaître les accidents.

L'auteur n'a jamais observé d'accidents à la suite de l'injection d'atropine.

E. Vogt.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Le traitement psycho-mécanique de la chorée, des tics et des habitudes automatiques, par Berillon (*Société d'hypnologie et de psychologie*, 16 juillet 1901 ; *Revue de l'hypnotisme*, décembre 1901). — L'auteur appelle ainsi la méthode qui consiste à faire exécuter au sujet, pendant l'état d'hypnose, des exercices de gymnastique réguliers. Voici quelle est la technique qu'il faut employer : 1° le sujet est plongé dans l'hypnose de façon à obtenir l'apparition d'un état d'automatisme accentué ; 2° la suggestion sera utilisée pour développer la volonté du sujet, combattre les troubles de la sensibilité morale et de l'intelligence ; 3° pendant le sommeil on essaiera de créer des centres psychiques d'arrêt, soit en imposant l'immobilité, soit en faisant exécuter passivement des mouvements

antagonistes. On pourra ensuite faire exécuter les exercices alternativement au sujet en état d'hypnose et à l'état de veille.

P. Sainton.

Quelques applications thérapeutiques de l'hypnotisme, par H. Bidon. *Marseille médical*, 4 décembre 1901. — D'un certain nombre d'observations, l'auteur conclut que l'hypnotisme ne trouve son emploi que dans l'hystérie ; chez les sujets sains et même chez les enfants, chez les aliénés non obsédés, dans les cas où il échoue, on peut encore, surtout chez les enfants, fonder quelques espérances sur la suggestion à l'état de veille. L'hypnotisme ne guérit pas l'hystérie, mais il peut supprimer l'idée fixe et servir à combattre immédiatement un symptôme grave tel qu'une paralysie, une anorexie. D'ailleurs il n'est point applicable chez tous les sujets indistinctement : même appliqué avec toute la prudence convenable, il peut devenir dangereux, car il ne fait qu'augmenter la désagrégation psychique, élément essentiel de la névrose.

P. Sainton.

Le sulfonal chez les aliénés, par le Dr Jeronimo Galiana (*Revista Medica de Sevilla* n° 7, 1901. L'auteur a administré le sulfonal chez un grand nombre d'aliénés et son expérience se résume dans les notions suivantes.

Action physiologique. Il faut au sulfonal, pour produire son action, à peu près deux heures. Cependant les variations sont grandes et dépendent, d'après l'auteur, de la forme de l'aliénation mentale et de la durée d'administration du remède. Chez les agités, le sulfonal tarde à produire son action ; chez les déprimés, il produit son action bien plus rapidement. Quant au second point, il a observé que la période préhypnotique est plus longue dans les premiers jours administration du médicament.

La durée du sommeil est aussi très variable et dépend de plusieurs conditions. Le terme moyen est de six à huit heures.

Le sommeil offre toutes les apparences du sommeil physiologique, a tel point qu'on dirait que le sulfonal ne fait que provoquer son apparition. Quand, par une circonstance accidentelle, le sommeil s'interrompt, le malade le reprend si la modalité de son état morbide est favorable, mais si le malade est agité, il restera en proie à son delire.

Le réveil se fait dans des bonnes conditions, sans aucun malaise. Quelquefois cependant on note une légère céphalalgie et un peu d'assoupissement, disparaissant la plupart du temps au bout d'une ou deux heures. L'auteur fait remarquer que ces symptômes doivent éveiller notre attention, car ils constituent les prodromes du sulfonalisme.

Quand le sulfonal ne produit pas d'action hypnotique, le malade se plaint le lendemain de malaise général, de fatigue et de torpeur, phénomènes qui, selon l'auteur, peuvent très bien être dus à l'action intrinsèque du médicament, action qui probablement sera constante bien que masquée par le sommeil, quand celui-ci se produit. Pendant le jour, les malades sont plus tranquilles, action due à l'action sédative directe du sulfonal aidée de l'action bienfaisante du sommeil. L'action analgésique du sulfonal est nulle pour l'auteur.

Sulfonalisme. L'administration du sulfonal a été suivie quelquefois d'accidents assez graves pour produire la mort : ces accidents peuvent survenir quelquefois dès les premières prises, ce qui indique qu'il faut surveiller beaucoup ce médicament. Les manifestations auxquelles ordinairement il donne lieu sont une grande prostration, de l'anorexie, et une grande impressionnabilité.

L'auteur a l'habitude de prescrire le médicament pendant trois ou quatre jours de suite et de suspendre ensuite, pour éviter l'accumulation et voir si le sommeil continue à se produire par l'habitude. La dose maxima qu'il emploie chaque jour est 250 grammes.

Le meilleur mode d'administration est de donner le remède dissous dans une tasse d'infusion de tilleul immédiatement après le dîner.

Indications et contre-indications. — Malgré les quelques accidents observés à la suite de son emploi, le sulfonal remplit quelques indications très précises. Son action hypnotique et son action sédative consécutive sont marquées, il est très indiqué chez les sujets avec grande exaltation physique et mentale. Par contre, chez le mélancolique, le dément primaire et secondaire et dans toutes les formes dépressives de la folie, il est contre-indiqué, car non seulement il rend le patient plus malade, mais encore il augmente la prédisposition au sulfonalisme.

F. Berini.

Hémiplégie hystérique chez un vieillard. Guerison par suggestion, par Ingelrans. (*Echo médical du Nord*, 22 décembre 1901). — Il s'agit d'un cas d'hemiplégie d'origine hystérique chez un vieillard de 61 ans, très artério-sclereux. En examinant le malade quelque temps après son entrée, on s'aperçut que l'hémiplégie était flasque et qu'il existait une hémianesthésie sensitivo-sensorielle Sous l'influence d'un traitement suggestif, badigeonnage avec l'éther picrique,

la paralysie disparut. Ce cas est extrêmement intéressant, car il montre que l'âge du malade ne suffit pas toujours pour admettre une lésion organique du cerveau ; une erreur de diagnostic peut avoir de graves conséquences pour le traitement.

P. Sainton.

Traitement nasal des névroses (*Wiener Klin. Rundschau n° 35, 1901*). — Kurt a reconnu, au cours d'une épidémie grave de coqueluche, que l'irritation de la muqueuse nasale exerce une influence inhibitrice sur le laryngospasme et d'autres névroses spasmodiques. Les topiques irritants utilisés par l'auteur sont représentés par un mélange de quinine et de sucre, une pommade mentholée à 1-2 0/0, etc. Une irritation plus marquée encore sera obtenue par l'insufflation de poudre de rhizome de veratrum album.

E. Vogt.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr COURTADE

Ancien interne des hôpitaux

Traitement de la tuberculose laryngée par le Dr E. Escat (*Arch. médic. de Toulouse*, 15 nov. 1901). — Le traitement varie suivant la forme que revêt la tuberculose du larynx.

1° La forme *nodulaire* caractérisée par l'existence de nodules tuberculeux solitaires ou multiples ;

2° La forme *néoplasique*, très rare, est constituée par une véritable tumeur rappelant un papillome ou un épitheliome.

3° La forme *diffuse* ou *laryngite tuberculeuse commune* se présente sous l'aspect d'une infiltration générale ou limitée de la muqueuse laryngienne.

L'évolution suit plusieurs phases : au début, phase pseudo-catarrhale, plus tard, phase d'infiltration qui se termine par la phase ulcéreuse ou végétante.

On peut admettre qu'un petit nombre de laryngites tuberculeuses peuvent guérir ; un grand nombre peuvent être améliorées et presque toutes être soulagées.

Le traitement de la lésion consiste en fumigations, vaporisations et aspirations de poudres antiseptiques.

Pour les fumigations, le malade respire les vapeurs qui se dégagent d'un récipient où l'on maintient de l'eau bouillante ; dans cette eau on verse soit XX gouttes d'essence de pin d'Autriche, soit une cuillerée à café d'une solution alcoolique de créosote à 10 0/0, ou de pulvéol ou encore de la solution suivante :

Baume du Pérou.....	4	grammes
Myrthol ou menthol....	1	—
Teinture de benjoin ou d'eucalyptus.....	60	—

Les séances durent 5 minutes et sont répétées 2, 3 ou 4 fois par jour.

Pour les vaporisations, on emploi les mêmes médicaments qui sont versés dans le récipient de verre du pulvérisateur.

Les aspirations se font à l'aide d'un tube de verre, coudé à son extrémité profonde et contenant une pincée d'iodoforme ou d'iodol, ou d'aristol ou de traumatol ou encore de créosoforme qui est préférable ; une profonde inspiration répand la poudre à la surface du larynx.

Il sera bon de pratiquer tous les 10 ou 15 jours sur la région prélaryngée, 50 à 60 pointes de feu petites, superficielles et très rapprochées.

Les badigeonnages intra-laryngés, très efficaces, ne peuvent être pratiqués que par le médecin à l'aide du miroir laryngoscopique. Escat préfère, à l'acide lactique, le phénol sulforiciné contenant 5 0/0 d'acide phénique au lieu de 15 0/0 ; on peut encore recourir à la glycérine phéniquée à 5 0/0.

Avec la seringue laryngienne on instille, dans la trachée, 1 cc. d'huile mentholée à 2 ou 3 0/0 ou d'huile myrtholée à 10 0/0 ou de glycérine créosotée à 5 0/0.

Le traitement chirurgical intervient pour enlever, avec la pince à polype, les nodules des cordes vocales ; on touche ensuite la surface avec le galvano-cautère et on fait les jours suivants quelques badigeonnages ou instillations.

Dans la forme néoplasique, si les tumeurs sont très limitées, on peut employer la pince ; dans le cas contraire et si l'état pulmonaire le permet, il faut recourir à la thyrotomie.

Les fongosités et végétations diffuses seront enlevées avec la pince *emporte-pièce de Landgraff* ou la *pince de Maku*, après quoi on fait des badigeonnages ou des insufflations antiseptiques.

Escat regrette l'aryténoïdectomie de Gouguenheim et admet que ses indications sont fort limitées.

Dans le *traitement des symptômes*, il faut s'occuper surtout de la *dysphagie* et de *la dyspnée*, qui occupent le premier plan par leur gravité.

Contre la dysphagie on emploiera les badi-

geonnages d'huile mentholée à 5 0/0, de glycérine mentholée ou le gargarisme suivant :

Menthol	0 gr. 25
Chlorhydrate de cocaïne	1 —
Eau de laurier cerise Sirop de morphine.. Glycérine	ãã 50 gr.
Eau bouillie	350 —

On pourra encore pulvériser la solution suivante :

Chlorhydrate d'holocaïne Antipyrine	ãã 1 gr.
Glycérine Alcool	ãã 10 gr.
Eau de laurier cerise	80 —

ou aspirer une pincée de la poudre suivante à l'aide du tube de Leduc.

Chlorhydrate de morphine..	0 gr. 10
Orthoforme	3 —
Lactose	7 —

Tous ces moyens analgésiques doivent être appliqués 15 à 30 minutes avant le repas.

Contre la dyspnée par sténose glottique, on recourra aux compresses chaudes sur la région prélaryngée ou aux inhalations de chloroforme, ou encore aux injections de morphine.

Si le tirage est très marqué on peut essayer le tubage sans avoir grande chance de réussir, car il augmente la dysphagie; la trachéotomie est la dernière ressource à laquelle on devra recourir si le malade est menacé d'asphyxie.

Le traitement général est celui de la tuberculose pulmonaire : injection hypodermique tous les jours de 0,05 de cacodylate de soude, huile de foie de morue, etc.

A. Courtade.

De l'emploi de l'adrénaline en oto-rhino-laryngologie (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 29 novembre 1901). — Moure et Brindel ont présenté à la Société le produit en question qu'ils ont expérimenté déjà à plusieurs reprises.

L'adrénaline, principe actif de l'extrait de capsules surrénales, jouit de propriétés vaso-constrictives très nettes.

Employée en Amérique dans diverses affections, les résultats signalés ont toujours été extrêmement satisfaisants.

Ces auteurs ont contrôlé les propriétés de l'adrénaline : 1° dans les lésions inflammatoires aiguës ou chroniques (coryza aigu, abcès périamygdalien, curettage d'ulcérations bourgeonnantes dans un cas de laryngite tuberculeuse); 2° dans les lésions congestives par vaso-dilatation (coryza spasmodique avec hydrorrhée, rétrécissement tubaire congestif); enfin dans l'hémostase pour les interventions sur les muqueuses nasale, buccale, laryngée et auriculaire, et dans les épistaxis. Le pouvoir vaso-constricteur de l'adrénaline s'est toujours montré constant, et l'on peut dire que l'adrénaline est à l'extrait de capsules surrénales ce que la cocaïne est à l'extrait de coca ; elle est appelée à rendre de grands services en oto-rhino-laryngologie.

E. Vogt.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

D' Morel-Lavallée

Médecin des hôpitaux

Sur le traitement des prurits, par Brocq (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 10 déc. 1901). — Le traitement du prurit repose tout d'abord sur le diagnostic étiologique, et à ce point de vue une des conditions les plus importantes à modifier, lorsque la chose est possible, est celle qui est relative au milieu habité par la personne atteinte de cette véritable névrose. Beaucoup de ces malades, sont des femmes nerveuses, excitables, aussi faut-il tâcher de les soustraire à leur entourage par l'isolement, mais cet isolement doit être fait non dans une maison de santé, mais surtout au grand air, et si cela est possible à une altitude moyenne de 800 à 1.500 mètres.

Certaines stations hydro-minérales peuvent rendre aussi les plus grands services (Schlangenbad, Bagnères-de-Bigorre, Ussat, Néris, etc). Parmi les moyens généraux, l'hydrothérapie est indiquée sous forme de douches sédatives : ces douches sont données avec de l'eau à la température de 36° à 39°, à jet brisé, baveuses même, sur la colonne vertébrale, et prolongées une minute au début, pour atteindre cinq ou six minutes au bout de quelque temps.

Dans certains cas très graves, on peut donner deux douches par jour, mais c'est un traitement très fatigant et qui n'est pas toujours bien supporté.

L'électrothérapie donne des résultats très variables, certains malades étant très soulagés, d'autres ne l'étant en aucune façon. Le bain statique sec paraît convenir surtout pour les prurits généralisés. Les effluves, au contraire, paraissent être utiles dans les prurits circonscrits et localisés.

La médication générale, au contraire, doit être employée chez tous, car le prurit est presque toujours une manifestation du neuro-

arthritisme et c'est à la médication anti-arthritique qu'il faut s'adresser. Toutefois on a reconnu que les alcalins aggravaient certains cas, en particulier certaines formes de goutte, que les acides, comme le jus de citron, amélioraient au contraire rapidement. Ce fait s'explique si l'on admet que certains arthritiques sont des hypoacides alors que d'autres sont des hyperacides; et ce qui confirme cette manière de voir, c'est qu'on sait depuis longtemps que certains arthritiques se trouvent bien de l'acide lactique ou de l'acide phénique à l'intérieur ; c'est qu'il s'agit alors de sujets hypoacides; il serait donc utile, par l'examen des urines, de s'assurer si l'on a affaire à des sujets hypoacides ou hyperacides.

Lorsqu'on veut donner la médication alcaline sous forme d'eau minérale, on peut prescrire, du 1er au 8 du mois, un verre d'eau de Vichy, source des Célestins ; du 15 au 22, deux verres d'eau de Contrexéville, ou de Santenay, source lithinée, ou de Capvern. Puis, dans les semaines intercalaires, on se contente d'eau indifférente comme boisson, ou de tisanes, et chez les rhumatisants nerveux on peut faire prendre les pilules suivantes :

Chlorhydro-sulfate de quinine.....	0 gr. 06
Poudre de digitale.....	ãã 0 gr. 01
Extrait de colchique...	
Extrait de gentiane et excipient.....	Q. S.

Pour une pilule. En prendre deux ou trois par jour, trois ou quatre fois par semaine.

Ces médications doivent être faites d'une manière intermittente pour que le malade ne s'y habitue pas et alternées entre elles; de plus, elles doivent être continuées pendant plusieurs mois.

Pour calmer la crise prurigineuse, le citrophène à la dose de 0 gr. 50 à 1 gr. 50 peut être utile. L'antipyrine peut réussir encore, mais il faut surveiller son action sur la peau.

On peut donner encore le bromure de potassium ou de strontium, ce dernier agissant moins sur la peau; la morphine, non en injections, mais par gouttes, le soir, à la dose de 10 à 20 d'une solution au 50e.

L'acide phénique peut être donné à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 60 à la condition d'être dilué largement, car il est très irritant. On peut donner encore les diverses teintures de belladone, de jusquiame, de datura, d'aconit, à doses très fractionnées, à la dose de 4 à 5 gouttes de teinture mère, par exemple, diluées dans un verre d'eau de Vichy qui sera pris en huit ou dix fois dans le cours de la journée. Enfin la pilocarpine, en injections faibles, surtout dans les prurits qui s'accompagnent de grande sécheresse de la peau, peut rendre des services.

Le traitement local a pour principaux éléments les bains, les lotions, les cautérisations, les pommades, les colles et les emplâtres.

Les bains peuvent être utiles surtout dans les cas de prurits généralisés *sine materia*. C'est alors surtout que les bains de certaines stations minérales sont indiqués. On peut utiliser aussi certaines formules : l'une d'elles consiste à ajouter un litre de vinaigre ordinaire à un bain de son ou d'amidon.

Les bains, dans les prurits essentiels, ne doivent pas être prolongés et ne pas dépasser 15 à 20 minutes.

On peut encore employer pour les bains médicamenteux, le tilleul, le borax, les alcalins à petite dose, car ils deviennent facilement irritants, et on ne prescrit alors que 50 à 100 gr. de sous-carbonate de soude pour un bain amidonné.

Le bain de sublimé donne quelquefois de bons résultats, mais la dose de 10 grammes, qui est habituelle, doit être ramenée à 4 ou 5 grammes.

Les lotions ont l'avantage de pouvoir être utilisées au moment des crises : elles seront très froides, ou surtout très chaudes, à une température telle que la peau les supporte difficilement. On emploie pour les faire, des tampons d'ouate hydrophile qu'on peut imbiber de liquides extrêmement variables, tels que les décoctions de guimauve, de sureau, de cerfeuil, qui réussit parfois très bien, de tabac dans certains cas, de laitue, de coca, de pavots, etc... Il est important de faire bouillir l'eau assez longtemps, car elle est souvent, à l'état normal, fort irritante pour la peau.

Les lotions peuvent encore être faites avec des solutions de diverses substances telles que le chloral ou l'acide phénique de 1/50e à 1/150e, le sublimé ou le cyanure de potassium au 500e, la solution alcoolique de menthol, la solution aqueuse d'ichthyol, le bromure de potassium, etc. Toutes ces applications doivent être faites avec des tampons brûlants après quoi on applique un pansement constitué par des pommades, des vernis ou des colles.

La meilleure pommade est souvent la moins irritante, c'est-à-dire le cold-cream frais ou l'axonge fraîche ou le cérat sans eau nouvellement préparé. On peut même faire supprimer dans le cold-cream le benjoin qui peut être mal supporté. Un bon mélange peut être constitué comme il suit :

Lanoline.....	10	grammes
Huile d'amande douce..	15	—
Eau de chaux..... ..	20	—

Chez les personnes dont la peau est très sèche on peut employer le glycérolé d'amidon si la glycérine est très pure. Quant à la vaseline, elle est très souvent impure et par suite très irritante, de telle sorte qu'il faut prescrire certaines marques connues.

A cet excipient on ajoute certaines substances qui rendent la pommade plus *couvrante* comme l'oxyde de zinc, le sous-nitrate de bismuth, le kaolin, etc., et si ces pommades ne donnent pas de soulagement à elles seules, on y ajoute des substances plus actives.

C'est d'abord le menthol dont l'action est très variable. Aussi faut-il commencer à la proportion de 1/200e pour arriver au 1/50e s'il est bien supporté.

L'acide phénique calme souvent, mais il peut être mal mélangé dans la pommade et donner lieu à des brûlures. On l'emploie au 100e, au 80e et quelquefois au 50e.

L'acide tartrique s'emploie à des doses variant du 50e au 20e.

La résorcine, très usitée à l'étranger, s'emploie en solution ou en pommade.

Elle est très infidèle dans ses effets, mais bien tolérée. On l'emploie quelquefois au 20e, mais il vaut mieux ne commencer qu'au 150e et ne pas dépasser le 100e.

Les emplâtres réussissent bien dans les régions que l'on peut envelopper complètement. Les enveloppements humides donnent aussi de très bons résultats. Dans ce cas, on commence par étendre une couche de pommade épaisse sur la peau : on enveloppe ensuite la partie malade de plusieurs doubles de tarlatane imbibée d'eau bouillie, et on recouvre le tout d'une couche d'ouate et de taffetas. Cet enveloppement est bien supérieur, le plus souvent, au caoutchouc. Cependant, certains prurits, notamment celui du scrotum, doivent être traités par l'enveloppement direct au caoutchouc ; mais, s'il y a déjà eczématisation de la peau, son action peut ne pas être favorable.

Certains prurits locaux nécessitent la scarification.

Dans le prurit de l'anus, avant d'arriver aux moyens très énergiques, on doit s'assurer si, au moyen de certaines précautions, il n'est pas possible d'arriver à une modification. C'est ainsi qu'on doit recommander au malade de ne jamais aller à la selle sans avoir au préalable soigneusement enduit l'anus de pommade et de laver aussitôt après avec un tampon d'ouate ; après quoi on poudrera à sec.

Dans le cas où les moyens ordinaires ne réussissent pas, on peut utiliser les badigeonnages avec la solution de nitrate d'argent depuis le 100e jusqu'au 5e ; avec l'acide picrique en solution saturée, avec le bleu de méthylène du 1000e au 250e. Enfin, on peut utiliser les scarifications, et Unna a même proposé les cautérisations au thermo-cautère.

E. Vogt.

Détails thérapeutiques concernant le traitement de la furonculose (*Monatsh f. pr. Dermatologie*, n° 9, 1901). — Arning est hostile à l'incision du furoncle ; il préfère de beaucoup l'emploi d'un thermo-cautère pointu chauffé au rouge vif qu'il enfonce hardiment dans le centre du furoncle, à une profondeur de 1 à 1/2 cm. La douleur n'est pas aussi violente que celle que provoque l'incision, et elle est momentanée. Si le furoncle contient déjà du pus, ce dernier sortira par l'ouverture. La douleur et la gêne des mouvements que le malade présentait avant l'intervention disparaissent entièrement et le furoncle est devenu une plaie cutanée simple et indolore. Si le furoncle est très volumineux, on fera plusieurs pointes de feu dans une séance. La petite plaie, recouverte d'une escharre, ne saigne pas : sur le visage et le cou, l'auteur ne fait aucun pansement consécutif. Dans les régions exposées aux frottements, il recouvre la plaie du vernis suivant :

Anthrarobine.....	2	grammes
Tuménol.....	8	—
Ether sulfurique	20	—
Teinture de benjoin	30	—

Us. ext.

Par dessus, un petit morceau de gaze au chinosol fixé par un emplâtre de savon salicylé (formule Unna Beiersdorf). Ce petit pansement sera renouvelé tous les jours.

E. Vogt.

Traitement de la teigne (*Medic. Obosrenie* n° 9 1901). — Solovieff a employé, dans 12 cas de teigne, le formol. Sur ces 12 malades, quatre avaient été soignés longtemps et sans succès par différentes méthodes thérapeutiques.

Voici comment il procède. Les croûtes sont enlevées à l'aide de frictions avec de l'huile phéniquée au trentième et de compresses trempées dans de l'eau boriquée à 3 0/0 qu'on laisse en place pendant toute la nuit.

Les croûtes enlevées, on frictionne le cuir chevelu avec une solution de formol à 5 0/0 et, après la friction, on recouvre la tête d'un bonnet matelassé d'ouate.

Les résultats obtenus ont été bons : au bout de 3 jours les croûtes ne se reformaient plus, il ne restait que des rougeurs du cuir chevelu et des enfoncements peu prononcés du tégument cutané à la racine des cheveux.

Au bout de 10 jours, le cuir chevelu reprenait sa coloration normale. Dans les cas où l'affection était prononcée plus fortement, l'auteur a employé des solutions plus concentrées de formol (jusqu'à 10 pour 100). Les malades ont guéri et les régions malades se sont couvertes de cheveux qui, par la suite, ne se distinguaient en rien des cheveux sains. La guérison a été stable.

L'auteur conclut en disant que le formol représente un moyen très simple et très puissant dans le traitement de la teigne; il détermine une guérison rapide et radicale, en épargnant au malade une épilation douloureuse.

J. Roubleff.

Traitement du chancre mou par l'effluve électrique, par le Dr Alberto Diaz de la Quintana (*La Independencia Medica*, octobre 1901). — L'auteur décrit plusieurs cas de sa pratique guéris très rapidement par l'effluve électrique. Ses conclusions sont :

1° L'effluve constitue un bon traitement pour toutes sortes de chancres ;

2° Ce traitement doit être établi en employant de préférence le pôle négatif pour obtenir chez le malade une effluviation positive ;

3° On doit remplir électro-statiquement les indications qui peuvent se présenter en cours de traitement (révulsions, applications pour obtenir l'anémie ou l'hypérémie, pour interrompre la nutrition des tissus, pour l'exciter, etc) ;

4° Le traitement local est en même temps général (de pôle contraire), et comme il est toujours cathodique, il est tonique ainsi qu'antiseptique ;

5° L'opérateur doit éviter les inconvénients que peuvent avoir pour lui les courants de sortie.

F. Berini.

Gingivite pseudo-syphilitique, par le Dr Buret (*Société de médecine de Paris*, séance du 12 octobre 1901). — M. Buret décrit une ulcération du bord libre des gencives, dont il a déja observé plusieurs exemples chez des syphilitiques : il la croit de nature spécifique. Il rapporte deux observations qui lui paraissent suggestives. A première vue, c'était le tableau de la stomatite mercurielle; mais on ne pouvait invoquer le mercure comme cause étiologique, puisque les malades n'avaient pas suivi de traitement hydrargyrique depuis huit et quatorze mois. L'un d'eux avait précisément suspendu son traitement à cause de la gingivite qui revenait avec une régularité désespérante. Estimant que, depuis quatorze mois, le mercure avait eu le temps d'être éliminé, M. Buret pensa à une gingivite de nature syphilitique, et fit reprendre à son malade le traitement mercuriel. Le résultat fut merveilleux ; une récidive fut encore guérie par les pilules de sublimé. De même, pour le second malade, qui obtint la guérison en trois semaines. M. Buret appelle ce nouveau symptôme la *stomatite syphilitique*, par opposition à la stomatite mercurielle.

M. E. Vidal, qui a étudié le traitement des syphilitiques à Aix-la-Chapelle, a vu les médecins allemands faire couramment à leurs malades atteints de gingivite des frictions de 16 gr. d'hydrargyre par jour, et ces gingivites guérissaient rapidement; ce qui vient corroborer les observations de M. Buret.

R. Blondel.

Maladies des Voies urinaires

Dr Chevalier,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté.

Les antiseptiques urinaires (*Société silésienne*, 29 nov. 1901). — Stern a institué des expériences sur des malades atteints d'infection des voies urinaires et sur des sujets bien portants chez lesquels il a pratiqué des inoculations bactériennes dans les voies urinaires. Il a pu ainsi reconnaître qu'à la dose de 4 grammes par jour, en quatre prises, l'urotropine exerce une action bactéricide énergique. A la même dose, l'acide salicylique exerce une action moins marquée, de même que le salol (6 gr), le bleu de méthylène en capsules. L'acide borique (4 grammes) est inactif, l'acide camphorique et l'essence de santal sont peu actifs, le baume de copahu est inactif. La térébenthine est fort inconstante, le chlorate de potasse, l'uva ursi sont sans effet.

L'urotropine est donc surtout indiquée dans l'infection des voies urinaires, mais il ne faudrait pas aller trop loin dans cette voie et recommander ce médicament dans la fièvre typhoïde, comme on l'a fait, car on risquerait de provoquer des hématuries.

Dans la discussion qui a suivi la lecture de cette communication, plusieurs orateurs se sont déclarés d'accord avec Stern. Neisser a émis des objections au sujet du salol, qui pré-

sente selon lui une efficacité évidente. L'essence de santal serait de même plus active, dans la blennorrhagie, que les expériences concernant l'action bactéricide n'auraient pu le faire supposer.

Alexander rappelle que l'action antiseptique ne constitue pas tout le problème: plusieurs médicaments (iodoforme p. ex.) agissent favorablement dans l'infection urinaire en modifiant le terrain de culture.

E. Vogt.

Traitement de l'infiltration d'urine, par le Dr W. Greaven (*Semana Médica de Buenos-Aires* n° 34, 1901). — L'auteur ne partage pas l'opinion du professeur Guyon relativement à l'indication de l'uréthrotomie interne : il pense que la crainte d'infection générale est plutôt théorique que réelle puisque l'uréthrotome de Maisonneuve ne fait que diviser le rétrécissement en n'intéressant pas les parties saines ni les vaisseaux et ne provoque généralement qu'une hémorragie légère.

On peut sans inconvénient faire l'uréthrotomie interne immédiatemont après avoir fait l'incision périnéale. Les résultats sont excellents.

Elle assure la continuité du canal, permet la désinfection de la vessie et un drainage complet : elle empêche l'infection ascendante, modifie la cystite et la pyonéphrite concomitantes; les pansements sont rares et la guérison complète est bien plus rapide.

Si on ne fait pas l'uréthrotomie, il faut au contraire des pansements nombreux et douloureux; une nouvelle opération sous le chloroforme est souvent nécessaire avec des reins malades; il y a impossibilité de faire l'antisepsie vésicale, l'infection est ascendante, menace ou s'aggrave si elle existe déjà; il faut enfin traiter ultérieurement la pyélonéphrite et la guérison exige, en somme, un laps de temps incomparablement plus long.

La conduite à suivre serait donc la suivante : après incision périnéale et traitement local du phlegmon, faire passer immédiatement et toutes les fois qu'il sera possible une bougie filiforme, et pratiquer l'uréthrotomie interne suivie de l'introduction d'une sonde à demeure.

F. Berini.

Opération du phimosis par le galvanocautère, par Leduc (*Arch. d'electr. médicale*, 15 décembre 1901). — Le galvanocautère permet de faire l'opération du phimosis avec beaucoup de perfection et une grande facilité.

Il ne faut pas faire de section circulaire, qui donne lieu souvent à un phimosis cicatriciel plus marqué que le premier. Il ne faut pas faire la section dorsale longitudinale, qui donne deux lambeaux pendants et ne dégage pas le frein.

L'opération doit consister à enlever un lambeau triangulaire, ayant pour base le tiers inférieur de l'orifice préputial, pour sommet la racine du frein. L'enlèvement de ce lambeau exige deux sections latérales et la section du frein. On injecte 1 gramme d'une solution de cocaïne au 1/100e dans chacune des lignes de section. Lorsque l'anesthésie est obtenue, immédiatement en dehors des lignes de section latérales, on pince le prépuce avec deux pinces à pansement, dont les bouts se rejoignent de part et d'autre de la racine du frein. Avec le couteau du galvanocautère maintenu au rouge sombre, on sectionne le prépuce sur les bords internes de chaque pince. Les deux côtés du triangle étant ainsi détachés, on serre le frein à l'aide d'une troisième pince placée très près du gland ; on sectionne au-dessous jusqu'à la racine. Le lambeau triangulaire est ainsi complètement détaché. On enlève les pinces, et, si la température du galvanocautère a été convenable, les lèvres des plaies restent en contact, comme réunies par première intention, ou plutôt il n'y a point de plaie. L'opération bien faite ne cause aucune autre douleur que celle des piqûres pour les injections de cocaïne, il ne coule pas de sang, il n'y a point de plaie consécutive. Pansement avec une pommade salicylique.

Les malades continuent à vaquer sans aucune interruption à leurs occupations.

Le résultat est toujours très satisfaisant, le gland parfaitement dégagé, le frein bien débridé ; il ne paraît aucune trace de cicatrice ou de déformation.

Si la température du cautère n'est pas bien réglée et que les lèvres des plaies se séparent, point n'est besoin de suturer, le malade lui-même panse à plat avec la pommade ; la guérison est plus longue, mais tout aussi régulière, et le résultat aussi parfait.

E. Vogt.

La périnéotomie prévésicale dans les ruptures de l'urèthre par fracture du pelvis, par le Dr Enrique Areilza (*Revista de Medicina y Cirugia Praticas*, septembre 1901). — La technique du drainage sous-pelvien constitue l'opération à laquelle l'auteur donne le nom de *périnéotomie prévésicale*, nom un peu impropre (d'après l'auteur) car cette intervention s'exécute presqu'entièrement dans le pli inguino-crural et non sur le périnée. Elle diffère de la taille et de la classique boutonnière autant par son siège que

par le but qu'on poursuit en opérant : ce but n'est autre que de perforer l'aponévrose médiane et d'arriver à la cavité de Retzis, en laissant de côté la vessie. Le malade placé comme pour la taille, on fait une incision de 10 centimètres de long en suivant le pli inguino-scrotal depuis le pubis jusqu'à l'anus. On doit choisir le pli du côté le moins indemne, où la dilacération uréthrale est plus grande, et considérer aussi la disposition de la fracture. En cas de doute, on choisira le côté gauche, plus accessible au chirurgien.

La peau et l'aponévrose superficielle incisées, on tombe sur le muscle ischio-caverneux, sur le bord même de l'ischion; on avance ensuite entre lui et le bulbo-caverneux, en sectionnant par derrière le transverse du périnée; à ce moment apparait le diaphragme uro-génital contusionné et rempli de caillots; point n'est besoin du bistouri pour avancer, car la cloison, vu son état de dilacération, se laisse facilement perforer avec le doigt et celui-ci pénètre dans la cavité prévésicale en laissant immédiatement jaillir un jet de liquide formé par de l'urine, du sang et du pus. Le drainage terminé, on agrandit le champ opératoire avec des ciseaux et on inspecte l'urèthre pour chercher son orifice postérieur, ce qui n'est pas difficile quand la rupture a été occasionnée par la distension du ligament de Carcassone, la rupture étant incomplète, mais au contraire très laborieux quand le canal a été totalement tranché par les morceaux d'os fracturé. Cela fait, on passe une sonde du méat à la vessie et on exécute l'uréthrorraphie.

Avant de terminer on reconnait directement la fracture, on extrait les petites esquilles d'os, on désinfecte le foyer et on place un gros tube de drainage au fond de l'espace rétro-pubien en le fixant par un point de suture à l'angle inférieur de la plaie. Il y a lieu de faire communiquer le tube avec un liquide antiseptique pour que le malade ne soit pas souillé par l'urine.

F. Berini.

Considérations sur la taille vésicale chez l'enfant et sur le manuel opératoire de la taille sus-pubienne, par le Dr Diaz Lombardo (*Gaceta Médica de Mexico*, n° 7, 1901). — L'auteur émet quelques considérations sur l'anatomie comparée des régions hypogastrique et périnéale, sur les caractères du calcul, sur l'état de la vessie, pour en déduire l'indication ou la contre-indication de la suture de la vessie, de l'application de la sonde à demeure, sur la chance plus ou moins grande de fistules post-opératoires, et il formule les deux propositions suivantes : 1° la taille périnéale est indiquée dans les cas de calcul de petit volume avec infection de la vessie ; 2° la taille sus-pubienne est indiquée dans tous les cas de calcul de grand ou de moyen volume sans état infectieux de la vessie.

L'auteur cite la statistique de Cabat et Barling qui donne 3 1/2 0/0 de mortalité avec la taille périnéale et 13 0/0 pour la taille sus-pubienne, bien qu'il reconnaisse qu'à l'époque où cette statistique a été faite, la taille sus-pubienne en était à ses débuts.

L'auteur n'emploie pas le ballon de Petersen et trouve inutile l'injection de liquide dans la vessie parce que, chez l'enfant, l'espace extra-péritonéal est suffisant même avec une vessie vide. Il conseille la suture immédiate de la vessie par le procédé de Greig Smith, et la sonde uréthrale à demeure.

F. Berini.

Indications de l'uréthrotomie externe, par le Dr Martin Diaz Icasto (*Semana medica de Buenos-Aires*, n° 26, 1901). — L'uréthrotomie externe est indiquée, d'après l'auteur, dans les conditions suivantes : *Comme opération d'urgence* : A. Si l'on constate la présence d'un corps étranger dans un point quelconque du canal, et qu'il soit absolument impossible de l'extraire. B. En cas d'infiltrations urineuses consécutives à un rétrécissement blennorrhagique ou traumatique avec canal absolument imperméable. C. En cas de rétention d'urine produite par des fistules ou des indurations péri-uréthrales, accompagnées de phlegmons ou d'inflammations septiques.

Comme opération non urgente : A. Lorsqu'on se trouve en présence d'un urèthre cliniquement infranchissable par les bougies les plus fines, et aussi s'il y a des fistules uréthro-périnéo-scrotales multiples avec rétrécissements franchissables. B. Quand il y a rupture traumatique récente. C'est alors l'opération de choix. C. Si les rétrécissements sont superposés dans un espace de un à deux centimètres lésés par des traumatismes du cathétérisme, et formant ainsi un noyau fibreux. D. Quand les rétrécissements, de quelque origine qu'ils soient, sont réfractaires à la dilatation simple ou permanente et à l'uréthrotomie interne. Dans ce cas, l'uréthrotomie externe permet et facilite la dilatation ultérieure. E. Dans les cas compliqués de gangrène des tissus avec délabrements étendus, même avec un rétrécissement unique : il faut d'abord traiter ces accidents et pratiquer ensuite l'uréthrotomie externe.

F. Berini.

Résultats de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein, par le Dr V. Azcarreta (*Revista de Ciencios Médicos de Barcelona*, n° 8, 1901). — Le résultat immédiat de la néphrectomie dans les tumeurs du rein est très satisfaisant, dit le Dr Azcarreta ; quant au résultat lointain il a fallu évidemment attendre quelques années pour juger en définitive la valeur de cette opération.

C'est un fait indiscutable que les tumeurs rénales représentent une heureuse exception, si on les compare aux néoplasmes des autres viscères, qui récidivent si facilement après l'intervention.

La clinique démontre que la récidive des tumeurs rénales ou bien ne se présente pas, ou bien est très tardive.

A quelle cause peut-on attribuer ce fait d'observation? D'après l'auteur l'unique explication acceptable est la résistance offerte par la capsule fibreuse du rein. Il est évident que si les ganglions du hile sont affectés, la récidive est rapide et sûre, et puisque la clinique nous démontre que très souvent la tumeur ne récidive pas, force est d'admettre que la propagation aux ganglions et aux veines est tardive.

A l'appui de sa manière de voir, l'auteur cite les cas opérés par Israël, Tuffier, Billroth, etc., et ses propres observations, au nombre de 4, datant de 5, 4, 3 et 2 ans.

Ces résultats ayant été obtenus avec des tumeurs malignes de gros volume, le succès doit être plus facile et plus sûr encore quand la néoplasie se trouve aux premières étapes de son développement.

F. Bérini.

La tension rénale et son traitement chirurgical, par Reginald Harrison (*LXIXe Congrès de la British Medical Association*, 1901). — Dans une discussion sur les effets de la tension rénale, l'auteur s'est posé les questions suivantes : 1° quelles raisons y a-t-il de croire que l'hypertension rénale puisse entrer pour une part dans l'origine des lésions rénales des néphrites, ou mal de Bright ; 2° peut-on appliquer un traitement chirurgical et fixer les indications ; 3° en quoi doit consiste le traitement opératoire ?

On s'est demandé pourquoi la tension extrême de la néphrite aiguë n'aboutit pas, là comme ailleurs, à la suppuration et à la gangrène. L'auteur pense qu'il est aisé de répondre, car la mort se produit avant ce stade, en pathologie rénale. Les effets de la tension sont manifestes, dans toute néphrite aiguë, a frigore ou d'autre origine, puisque l'organe est œdématisé, de couleur pourpre, et que cette altération porte surtout sur sa partie périphérique ; quant aux tubes, ils sont distendus par de l'épithélium et du sang. La comparaison avec les effets de tension intra-oculaire s'impose; aussi bien les effets curatifs de l'opération de de Graefe sont-ils de même ordre, puisqu'ils agissent en faisant cesser l'excès de tension. De la sorte, on a démontré le rôle des tensions intra-viscérales et enseigné le moyen d'empêcher par une intervention chirurgicale des désordres irrémédiables. L'étranglement du testicule disparaît par les mouchetures faites à sa capule. En ce qui touche le rein, le « *glaucome rénal* » doit subir les mêmes lois.

Les procédés de la chirurgie moderne ont seuls permis de constater *de visu* l'aspect du rein vivant; c'est à bien connaître les changements de *couleur* et de *consistance* du tissu rénal, en dehors des variations de volume, que l'on doit s'appliquer. L'auteur reconnut, dès ses premières opérations, que l'albuminurie permanente disparaît de l'urine quand le rein a été ouvert et drainé ; il cite à l'appui ses observations dans lesquelles les causes de la néphrite étaient essentiellement diverses (scarlatine, influenza, froid, traumatisme).

Pour déterminer quels sont les cas justiciables du traitement chirurgical, l'auteur prend comme exemple les trois formes observées dans la néphrite scarlatineuse. Dans la première, l'atteinte est légère, on trouve un peu d'albumine dans l'urine, du sang parfois, des cylindres, mais la tendance vers la guérison est évidente. La restauration *ad integrum* est la règle sans qu'on puisse songer à une intervention chirurgicale. Un second groupe de cas comprend les malades chez lesquels la symptomatologie est sensiblement la même, mais la convalescence tarde et l'albuminurie persiste; c'est un début de mal de Bright. C'est dans cette classe que se recrutent la majorité des cas chirurgicaux. On doit en ajouter une troisième, dont le type est constitué par la néphrite scarlatineuse maligne. La suppression des urines, les accidents urémiques graves caractérisent cette forme, qui se termine ordinairement par la mort, et on trouve à l'examen du rein les signes de la plus intense congestion avec extravasation sanguine. On peut résumer ainsi qu'il suit les *indications* : 1° signes persistants de néphrite, augmentation de l'albumine au moment où elle devrait diminuer ou disparaître, comme il est d'usage lorsque des désordres inflammatoires se terminent par la résolution ; 2° diminution ou suppression des urines ; 3° lorsque, au cours de l'inflammation rénale, se manifestent des troubles cardiaques et de circulation graves.

L'auteur appelle l'attention sur les rapports étroits qui lient les organes de la circulation au

rein et démontre que les effets de l'obstruction d'une partie des tubes du filtre rénal se manifestent sur le cœur et la tension artérielle presqu'aussi vite que les désordres de même ordre dans des organes plus rapprochés, tels que les poumons. Le cœur fait un travail qui est en relation directe avec l'obstacle à vaincre pour assurer l'excrétion urinaire dans un temps donné; après incision du rein, on voit en effet la quantité d'urine retourner peu à peu à la normale.

L'opération elle-même sera effectuée par la voie lombaire, c'est-à-dire extra-péritonéale, ce qui supprime pour ainsi dire tout risque sérieux. L'incision est transversale, parallèle et quelque peu inférieure à la dernière côte; sa longueur, variable suivant les sujets. Après avoir séparé les couches musculo-aponévrotiques, on arrive sur la graisse péri-rénale et, dans tous les cas où la tension de la capsule est augmentée, un aide n'aura pas de peine à faire saillir la surface du rein, au fond de la plaie, en le repoussant sur sa face opposée. On pourra faire ou bien la « *reni-ponction* », qui suffit dans bien des cas et consiste à ponctionner la capsule en plusieurs points, sauf aux environs du bassinet; ou bien la *néphrotomie* sera plus étendue, afin de pouvoir rechercher par exemple un calcul; elle se bornera à l'incision de la capsule le plus souvent, dans les cas qui nous occupent. Un tube à drainage est placé en contact avec le rein, et la plaie suturée sur son pourtour à la soie. Pansement antiseptique largement *absorbant*. Il est rare qu'une fistule persiste après la suppression du drain.

En dehors de signes qui puissent guider sûrement sur le rein malade, il est curieux d'observer qu'en cas de *néphrite double* l'incision d'un seul rein puisse suffire à amener progressivement la restauration des deux organes.

A. Benoit.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. Blondel,

Chef du Laboratoire de la Maternité,
à l'hôpital de la Charité

Du traitement des métrites chroniques (*Centralb. für Gynæk*, 1901, n° 31), par Karl-Ernst Laubenburg (Remscheid). — L'auteur, dans son article, s'occupe surtout de la saignée du col, qu'à son avis on n'emploie pas assez dans le traitement des métrites chroniques et même dans d'autres affections des organes génitaux.

Voici les traitements qu'il emploie dans l'endométrite accompagnée d'altérations diverses des organes voisins.

Après dilatation du canal cervical, curetage; toutes les parties de la muqueuse détachées par l'instrument sont soigneusement enlevées par la curette, des lavages et des injections avec un antiseptique fort et un peu caustique (lysol à 2 0/0); introduction d'une mèche de gaze iodoformée. Dans les cas très anciens, avec hypertrophie considérable de la muqueuse et récidive, on ajoute des attouchements avec une solution de chlorure de zinc à 50 0/0, en ayant soin de bien enlever l'excédent de caustique. Puis, pendant 3 jours, on donne 2 grammes d'ergot de seigle par jour.

Si la muqueuse cervicale présente des altérations plus prononcées, on l'excise, on coupe les végétations papillomateuses ou polypeuses à l'aide de ciseaux courbes, on cautérise les érosions et les ulcérations, on avive et on suture les grandes déchirures.

Quand l'organe présente une hypertrophie inflammatoire, dans les cas d'hypertrophie du museau, l'auteur fait, à l'aide d'un bistouri long, 3-6 incisions longitudinales dans chaque lèvre qu'on saisit, attire et renverse à l'aide d'une pince à griffes. Les incisions doivent être profondes. Ces incisions partent superficiellement de l'orifice interne, traversent, en divergeant et en devenant plus profondes, la muqueuse et la musculeuse, et finissent en se rapprochant de la superficie au bord antérieur de la lèvre.

On laisse saigner plus ou moins suivant l'état général de la malade et suivant l'intensité de la maladie locale.

On tamponne à l'aide de gaze iodoformée, qu'on enlève après 2-3 jours. On fait ensuite des injections vaginales antiseptiques et on laisse la malade au lit durant 4-8 jours.

Les scarifications du col si répandues autrefois n'agissaient pas seulement sur la métrite du col. Quand on songe aux nombreuses anastomoses entre les circulations du vagin, du col et du corps, on ne peut pas refuser aux saignées du col une influence sur la circulation utérine. De nombreux auteurs ont admis l'action favorable des saignées. L'auteur a souvent constaté, après les saignées, une diminution persistante de l'utérus.

Les tampons de glycérine, le tamponnement vaginal (la columnisation des Américains), sont des auxiliaires utiles de la saignée.

L'amputation du col, l'excision de la muqueuse, entraînent des sténoses, la stérilité. Le procédé des longues incisions par la saignée, par la rétraction cicatricielle, conduit au même but, sans avoir les mêmes inconvénients.

L'auteur ajoute qu'il peut être utile de prati-

quer des saignées dans toutes les inflammations chroniques du bassin et même dans la dysménorrhée. Dans ce dernier cas, les déplétions agissent puissamment, parce que les troubles dysménorrhéiques tiennent à des troubles circulatoires dans le plexus pelvien et à l'hypérémie consécutive. Il est évident qu'il faut, au préalable, s'assurer que la dysménorrhée ne dépend pas d'une grosse lésion anatomique telle que sténose, antéflexion, rétroflexion, etc.

R. Blondel.

Traitement du vaginisme à l'aide du colpeurynter (*Centralb. für Gynak.*, 10 août 1901, n° 32), par L. Huppert (Bielitz). — L'introduction de spéculums de plus en plus volumineux dans le vagin des femmes atteintes de vaginisme est rendue très pénible par la sensibilité extrême, l'étroitesse anormale ou l'état inflammatoire de l'orifice vulvaire. Aussi l'auteur a-t-il cherché un instrument qu'on puisse introduire sans douleur et qui puisse amener une dilatation de l'entrée vaginale. Il s'adressa au colpeurynter, qu'il put introduire sans irritation de la vulve et de l'orifice vaginal, sans douleur, grâce à la mollesse et à la souplesse du tissu et après cocaïnisation. Le ballon introduit, on y injecte du liquide jusqu'à ce que la femme accuse une sensation désagréable. On s'arrête, pour injecter une nouvelle quantité de liquide quand la sensation désagréable a disparu. On répète les séances jusqu'à ce qu'on arrive à injecter 200 centimètres cubes, ce qui arrive après 2 à 3 semaines. On peut alors introduire sans douleur notable un spéculum ayant 3 centimètres de diamètre extérieur. On permet alors au mari de pratiquer le coït. Comme il s'agissait toujours de femmes nouvellement mariées, l'auteur put constater que peu après la cessation du traitement, les femmes étaient enceintes.

Dans les cas d'extrême sensibilité de la vulve et de l'entrée vaginale, on faisait des lavages avec la solution suivante : eau de Gallard ou alun 1, acétate de plomb 5, eau distillée 100. Ou bien on fait des badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent de 3 à 5 0/0. Les solutions de cocaïne employées étaient au début à 10 0/0, puis, avec les progrès de la dilatation, de 5, 3, 0 0/0.

Le colpeurynter a sur les autres procédés de dilatation l'avantage de ne pas amener d'irritation au niveau de la vulve et de l'entrée vaginale ; on évite ainsi des phénomènes spasmodiques et on fait cesser la peur des malades qui craignent le moindre contact. Il a aussi le grand avantage de dilater très lentement et sans qu'il faille déplacer le dilatateur.

R. Blondel.

Le colpeurynter à mercure et à air. Le massage au colpeurynter, par Ludwig Fincus (*Centralb. für Gynak.*, 10 août 1901, n° 32). — L'auteur décrit un ballon destiné à être introduit dans le vagin, et qu'on peut à volonté gonfler à l'aide de mercure ou d'air. Dans les cas d'exsudats paramétritiques, et dans tous les cas de dépôts inflammatoires chroniques contigus au plancher pelvien, ce ballon amène une réplétion vaginale, qui, avec l'aide de la compression abdominale, assure l'immobilité des organes. Dans les cas d'exsudats situés à l'entrée du bassin ou plus haut, le ballon exerce dans le vagin une compression qui aide la compression abdominale à assurer l'immobilité, en exerçant une sorte de déplétion vaginale. L'appareil permet aux femmes de quitter l'hôpital ou la clinique.

Lorsque le ballon est gonflé, il peut se vider en partie ou en totalité dans un second ballon extérieur qui fait partie de l'appareil. Les alternatives de réplétion et de déplétion du ballon vaginal constituent une sorte de massage très utile dans les affections chroniques du parametrium. Ce massage, suivant l'auteur, sera très apprécié dans les cas où le massage ordinaire est contre-indiqué, quand les femmes sont des hystériques, qu'elles présentent de l'éréthisme et de l'érotisme.

R. Blondel.

Contribution au traitement du prurit vulvaire, par Siebourg Barmen (*Centralb. für. Gynak.* n° 26, 1901). — L'anesthésie des tissus infiltrés, l'insensibilité de la peau dans les régions où ont été pratiquées des injections sous-cutanées d'eau salée physiologique ont suggéré à l'auteur l'idée de pratiquer ces injections dans les cas de prurit, surtout du côté des organes génitaux, du périnée et de l'anus. Ces injections conviennent surtout aux cas anciens quand, à la cause première du prurit, cause le plus souvent locale suivant l'auteur, s'est ajoutée ou substituée l'influence du grattage.

Il faut, en tout cas, faire un examen des urines pour rechercher si de ce côté gît la cause du prurit. Il convient aussi de surveiller le régime (ni alcool ni mets épicés). L'auteur recommande l'activité corporelle durant la journée, pour amener le sommeil le soir. Les malades ne doivent pas rester seules pour qu'elles ne puissent pas se gratter à leur aise. Coucher tardif, lever matinal. Les ongles des doigts doivent être coupés courts. Lavages matin et soir au moins durant 5 minutes au savon et à l'eau froide, et, dans la journée, après chaque miction. Les lavages phéniqués sont très efficaces. Applications d'une pommade calmante com-

posée de cocaïne, 2 grammes ; orthoforme, 1 gr. 5; menthol, 0 gr. 5; acide phénique 1 gramme: vaseline, 20 grammes. Les malades auront toujours cette pommade sur elles, pour calmer les démangeaisons sans se gratter. Les petites lésions de grattage, les écorchures seront touchées au nitrate d'argent à 10 0/0. Le soir, application d'un morceau de gaze avec de la pommade précédente, recouvert d'une épaisse couche d'ouate maintenue fortement appliquée à l'aide d'un bandage en T.

Dans les cas chroniques, avec peau et muqueuse intactes, on fait, après les lavages, un badigeonnage à l'aide du mélange suivant: essence de fragon, 50 grammes; acide salicylique, 0 gr. 5; résorcine, 1 gramme. Ce badigeonnage brûle et mord (au besoin on fait d'abord usage de la cocaïne); mais le prurit cesse pendant plusieurs heures. Enfin l'auteur ajoute les injections sous-cutanées. Au début, il employait des solutions très étendues de cocaïne et d'eau phéniquée; mais il ne tarda pas à remarquer que le liquide injecté importait moins que la quantité injectée. Aussi eut-il recours à l'eau salée à la dose de un tiers de litre.

R. Blondel.

Du moment opportun pour pratiquer l'expression utérine après l'accouchement, par Antonio Barreras (*La Union de los Médicos titulares de España*, novembre 1901). — L'auteur, après avoir passé en revue les diverses opinions qu'on a soutenues à ce propos et décrit les signes signalés par quelques auteurs (Auvard, Ribemont-Dessaignes, etc.), admet comme le plus sûr celui signalé par Schrœder et complété par Pinard; par conséquent, dans sa pratique, il agit comme il suit : « Après avoir soutenu la tonicité de l'utérus au moyen du massage, l'expression utérine ne doit être pratiquée qu'au moment où l'on trouve le signe de Schrœder, c'est-à-dire au moment où le fond de l'utérus s'élève de deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. »

F. Berini.

Pharmacologie

Dr Vogt

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

De la strychnine, de son emploi thérapeutique contre l'alcoolisme et contre l'adynamie nerveuse, par Ferrey (*Académie de médecine*, 3 décembre 1901). — La strychnine étant toxique pour un adulte à la dose de 3 centigrammes d'un seul coup en injections sous-cutanées, l'auteur l'a toujours employée à doses moindres : (3 ou 5 milligr. par injection, soit un tiers de seringue de Pravaz d'une solution de strychnine au centième) ; cette injection est souvent répétée une seconde fois dans la première journée et continuée pendant deux ou trois jours encore, une ou deux fois par jour; on peut y ajouter une injection de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine dans la soirée, pour assurer le repos de la nuit.

Voici les résultats qu'on obtient dans le plus grand nombre des cas : après une ou deux injections faites le premier jour, le délire se calme; souvent même la morphine, administrée le soir, procure un sommeil qui assure la détente. Après un ou deux jours, trois au plus, les troubles cérébraux ont cessé, alors qu'abandonnés à eux-mêmes ils se prolongent ordinairement pendant six à huit jours. Il est important, pendant tout le cours de la maladie, d'assurer, par le régime lacté et les boissons aqueuses, une diurèse abondante qui élimine à la fois le médicament et le poison alcoolique.

Le traitement par la strychnine, l'isolement et l'alimentation, ont donné à l'auteur des résultats qui lui permettent de le considérer comme très efficace et digne d'être recommandé dans des circonstances qui sont toujours graves.

La strychnine a aussi son emploi utile dans les accidents nerveux de l'*alcoolisme chronique*, bien qu'ici les résultats soient moins évidents. Cet alcoolisme chronique est commun : on le rencontre, sous ses formes plus ou moins atténuées, dans toutes les classes de la société, dans les deux sexes et à tous les âges.

Il est sage, dans ces cas, d'atténuer l'intensité de la médication, d'autant plus que tous les organes de ces malheureux tarés sont profondément altérés et leurs voies d'élimination défectueuses. Le régime lacté, renforcé par l'adjonction de quelques aliments surtout végétaux, trouve ici son application. L'hydrothérapie, non plus en bains, mais plutôt sous forme de douches écossaises ou de douches froides suivant les cas, est souvent très utile. Enfin la strychnine apporte un appoint très avantageux comme tonique, mais il convient de l'employer à des doses modérées, parce que les excitations du système nerveux qu'elle produit pourraient avoir pour effet d'épuiser des réserves dynamiques qui sont toujours bien pauvres chez ces malades. L'auteur recomande un sirop de sulfate de strychnine, contenant deux centigrammes de sulfate de strychnine pour cinquante grammes de sirop d'écorces d'oranges amères; l'auteur en donne à la dose de trois cuillerées à café par jour dans un peu d'eau, réparties dans les trois repas.

A côté de ces applications majeures de la

strychnine, ce remède est encore indiqué dans les manifestations nerveuses d'un certain nombre de maladies, et particulièrement de maladies toxi-infectieuses : ainsi dans la pneumonie des gens débilitée par l'âge, par les excès ou par les fatigues ; dans la grippe, qui présente, parmi ses symptômes, un état de dépression profonde du système nerveux ; dans la fièvre typhoïde, où l'adynamie est si commune ; dans la plupart des maladies infectieuses où le système nerveux est plus ou moins touché.

Dans toutes ces circonstances, où l'utilité de la médication tonique est universellement admise, la strychnine en injections sous-cutanées peut rendre de grands services, et l'opportunité de son emploi paraît souvent plus indiquée que celle de beaucoup de médicaments tels que l'éther ou le camphre, surtout que celle des quinquina, kola, coca, dont on fait un emploi parfois abusif, et dont les contre-indications sont nombreuses. La strychnine combat efficacement les défaillances du système nerveux, sans avoir l'inconvénient d'irriter les voies digestives, qu'il est si important de ménager.

E. Vogt.

Note sur l'emploi de la lécithine, par Riez, (*La clinique de Bruxelles*, 7 déc. 1901). — La lécithine employée aujourd'hui en thérapeutique s'extrait du jaune d'œuf. Elle existe à l'état naturel dans les tissus nerveux, le jaune d'œuf, le sang, le sperme, la laitance de poisson, etc. Les résultats que l'on obtient par l'administration de ce produit sont des plus encourageants et les essais que vient d'en faire l'auteur dans son service à l'hôpital d'Anderlecht sont tout aussi concluants que ceux relatés par Lancereaux, Huchard, Fournier, etc.

Les observations de l'auteur lui paraissent suffisantes pour affirmer le rôle important que la lécithine est appelée à jouer chez les malades en dénutrition plus ou moins rapide, chez les convalescents de fièvres infectieuses. Chez ses 5 malades, le poids a augmenté en quelques jours dans de notables proportions (jusqu'à 10 kilos en 15 jours) : les forces sont revenues et l'état général s'est rapidement amélioré.

La dose a été de 0. 10 centigr. par jour, donnée en deux fois. L'auteur a également mis à l'usage de la lécithine des malades atteints de pleurésie dont l'épanchement tardait à se résorber, des neurasthéniques, des diabétiques, des enfants scrofuleux, rachitiques, etc : les résultats sont encourageants. Le relèvement de l'appétit, la récupération rapide des forces, et le sentiment intense de cette récupération, l'augmentation en poids, une diminution sensible dans l'élimination du phosphore par les urines, sont les phases les plus caractéristiques du traitement par la lécithine.

E. Vogt.

La médication arsénicale. Le cacodylate de soude, par le Dr Luis Partilla (*La Union de los médicos titulares de Espana*, novembre 1901). — L'emploi de la médication cacodylique s'est généralisé beaucoup, depuis que les médecins se sont aperçus des bons résultats que l'on pouvait obtenir de cette médication et en même temps de son innocuité : les cacodylates peuvent être injectés sous la peau ou directement dans les veines, car il ne s'accumulent pas. L'auteur, après ce préambule, s'occupe des diverses maladies dans lesquelles on a essayé avec bons résultats ce traitement (tuberculose, grippe, broncho-pneumonie, paludisme, anémie, etc.) et décrit ensuite les signes d'intolérance, qui sont : sensation d'irritation cutanée au visage, douleur vague dans le ventre, parfois un peu de fièvre, si les doses excessives sont continuées. Dans ce cas les malades peuvent présenter de véritables érythèmes, même de l'urticaire et chez les tuberculeux peut survenir un peu de congestion pulmonaire. Un des signes les plus constants est le bourdonnement d'oreilles, pouvant aller jusqu'à la surdité, et les vertiges.

La principale contre-indication de ce médicament est l'insuffisance hépatique.

F. Berini.

Sur l'emploi thérapeutique de l'héroïne, par Mazotti (*Bullettino delle scienze mediche*, Bologna, n° 10, 1901). — L'auteur a employé dans de nombreux cas, parmi lesquels figurent des femmes enceintes, l'héroïne, ainsi que le chlorhydrate d'héroïne, qu'il recommande à cause de sa grande solubilité dans l'eau. Les doses moyennes sont de 0 gr. 02 à 0 gr. 03 dans les 24 heures (on peut même aller jusqu'à 0 gr. 05 par jour). Aucun phénomène d'intoxication n'a été enregistré, à l'exception de quelques troubles passagers, tels qu'engourdissement, céphalalgie, vertiges, et très rarement, une sensation générale de chaleur suivie de transpiration.

L'héroïne s'est montré un médicament excellent dans toutes les maladies de l'appareil respiratoire ; elle est supérieure à la codéïne et à la morphine à ce point de vue. Elle calme les quintes de toux et agit énergiquement dans les cas d'hémoptysie. Son effet dépend plutôt d'une action générale que d'une action directe sur les voies respiratoires.

On l'utilisera de même avec succès dans les coliques hépatiques, les entéro-colites catarrhales et ulcéreuses, affections très douloureuses.

L'héroïne constitue un analgésique très efficace : que la douleur soit d'origine centrale ou de nature névritique. Cette action est moins constante, mais plus durable que celle de la morphine. L'action hypnotique est cependant nulle. Le médicament enfin donne de très bons résultats dans tous les cas d'irritabilité marquée du système nerveux. Il faut observer une certaine prudence au début de son administration.

En résumé, l'héroïne présente à peu près les mêmes qualités que la morphine et la codéine : elle peut donc servir à suppléer ces deux médicaments dans toutes les maladies de longue durée.

A.-L. Percival.

Les comprimés médicamenteux (*Soc. Pharm. allemande in : Deutsche med. Wochenschrift*, 2 janvier 1902). — Goldmann voudrait que les comprimés fussent préparés de telle sorte que, dans un laps de temps donné, ils puissent exercer la même action thérapeutique que le médicament dont ils sont composés, administré sous forme de poudre. Le comprimé devrait donc se dissoudre en 1 ou 2 minutes dans l'eau. Les expériences de l'auteur, avec des produits donnant dans l'urine des réactions caractéristiques, ont démontré que la plupart des comprimés sont assimilés avec des retards souvent considérables si on les compare aux poudres. Si le comprimé, au lieu de contenir une substance agglutinante, n'est composé que de la substance médicamenteuse (quinine, caféine, phénacétine, etc.), la situation est beaucoup plus défavorable encore, car ces comprimés peuvent alors traverser l'intestin sans être dissous. S'il s'agit de quinine, ces préparations constituent un véritable danger, car on les expédie dans les tropiques et on les administre dans des cas où une action prompte et énergique serait nécessaire. On ne devra donc jamais préparer des comprimés de cette façon, mais les additionner d'amidon, par exemple, pour permettre leur désagrégation rapide.

La conclusion de l'auteur consiste à demander que pour chaque médicament destiné à être livré au commerce sous forme de comprimé, on indique dans les codex et formulaires le mode de préparation qui facilite au maximum l'assimilation du médicament. En attendant, le médecin fera bien, chaque fois qu'il prescrit un comprimé, d'examiner le degré de solubilité de la préparation livrée à son client.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

BORATE DE SOUDE

Borate de soude. — Borax $Bo^4O^7Na^2 + 0\ 1.0\ H^2$

Propriétés physiques et chimiques. — Cristaux incolores, durs, légèrement efflorescents. Soluble dans 12 parties d'eau froide, dans son poids de glycérine; insoluble dans l'alcool (réaction acide au tournesol avec la glycérine).

Incompatibilité. — Avec les sels de magnésie, de chaux ; l'alun ; le chlorhydrate de cocaïne et tous les alcaloïdes (précipité insoluble) ; avec le bicarbonate de soude, en présence de la glycérine (dégagement de CO^2).

Propriétés et indications thérapeutiques. — Utilisé à l'intérieur comme alcalin, diurétique, astringent, antiseptique faible, contre la gravelle urique, la fermentation ammoniacale de l'urine, l'épilepsie (Gowers); à l'extérieur comme topique contre le muguet, la séborrhée du cuir chevelu et de la face, les engelures; en lavement dans les entéro-colites.

Peut-être utilisé comme contre-poison, car il précipite à l'état de borate insoluble la plupart des bases minérales.

Formes pharmaceutiques. Posologie. — Usage interne : 1-6 grammes en cachets, potion, tablettes (0 gr. 10 par tablette).

Enfants : 0 gr. 50 par année.

Usage externe : Collutoires, gargarismes, lotions, etc.

Formules

Cachets :

Benzoate de soude..... } àà 0 gr. 40
Borate de soude..... }

Pour 1 cachet, 3 à 6 (antisepsie urinaire).

Collutoire :

Borax	4	grammes
Glycérine	20	—

Topique contre le muguet.
En instillations nasales.
Dans les rhinites infectieuses.

Gargarisme :

Borate de soude	10	grammes
Sirop de mûres	50	—
Eau	250	—

Glycéré :

Borax pulvérisé	10	grammes
Glycérolé d'amidon	30	—

Pommade :

Borax pulvérisé	5	grammes
Baume du Pérou	15	—
Vaseline	30	—

(Engelures).

Potion :

Borate de soude	10	grammes
Glycérine	6	—
Sirop d'écorces d'oranges amères	94	—

(Epilepsie).

Poudre :

Poudre de borax		
Magnésie calcinée		àà 30 grammes
Craie préparée		
Chlorate de potasse pulvérisé	15	—

(Contre le noircissement des dents).

Solutions :

a) Borax pulvérisé	5	grammes
Eau de laurier-cerise	25	—
Eau	500	—

(Lotions contre le prurit).

b) Borate de soude		
Salicylate de soude		àà 5 grammes
Eau	1.000	grammes

(Id). G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Cours cliniques. — Le Dr Lucas-Championnière a repris ses leçons de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, et les continue tous les jeudis à 10 heures. — Opérations avant la leçon (amphithéâtre Desault).

Opérations abdominales le mardi.

Visite des malades : les mercredi (hommes, hernies), salle Saint-Cosme et le samedi (femmes), salle Sainte-Marthe.

Le Dr Dagron chargé du service de massage, donne ses démonstrations le mardi et le vendredi, à 11 heures.

Accidents de travail. — Il a été déposé sur le bureau de la Chambre une proposition de loi ayant pour objet l'extension aux maladies d'origine professionnelle de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

Sont considérés comme maladies professionnelles les empoisonnements, aigus ou chroniques résultant de l'emploi des substances suivantes : plomb, mercure, arsenic, cyanogène (ainsi que leurs composés), phosphore, sulfure de carbone, nicotine, benzine, nitro-benzine, aniline, pétrole, goudron, essence de térébenthine, vanilline, essences odorantes, acide picrique, esprit de bois, acide sulfureux, acide hypoazoteux, acide azoteux et vapeurs d'acide azotique, acide chlorydrique, chlore, brome, iode, acide fluorhydrique, acide carbonique, acide sulfhydrique, oxyde de carbone, virus de la variole, du charbon et de la morve, poussières diverses.

La Chambre des députés, après avoir voté l'urgence, a renvoyé cette proposition de loi à la commission d'assurance et de prévoyance sociales ; mais pour que la question arrive à une solution pratique — la commission en question n'ayant pas la compétence technique nécessaire pour établir la liste des maladies professionnelles, — le gouvernement a été invité « à instituer une commission extra-parlementaire composée de membres du Parlement, de savants, de représentants des patrons et des ouvriers, chargée de dresser : 1° la liste des maladies professionnelles, c'est-à-dire de celles dont l'exercice continu de la profession est la cause organique exclusive ou essentielle; 2° la liste des professions correspondantes avec, pour chacune d'elles, le coefficient de risque spécial d'invalidité ou de morbidité résultant desdites malladies.

La lutte contre la tuberculose. —Sur la proposition de M. Bussat, le Conseil municipal de Paris vient de renvoyer à la cinquième commission la proposition suivante :

« L'Administration délivrera à tout laitier, nourrisseur, etc., qui en fera la demande, et dont les étables auront été reconnues en bon état de propreté, et les vaches saines, « un certificat de salubrité. »

« Ce certificat sera valable pendant la durée de quatre mois, et devra à l'expiration être renouvelé.

« Les laitiers, nourrisseurs, etc., qui le solliciteront, s'engageront à faire visiter et éprouver les animaux nouveaux qu'ils introduiraient dans leurs étables pendant la durée de validité de ce certificat.

« Tout laitier, nourrisseur, etc., qui l'aura obtenu pourra en faire mention sur ses prospectus, circulaires, etc., ainsi que sur les vases à lait qui lui appartiendront.

« La délivrance dudit certificat est purement « gratuite et facultative. »

« L'Administration prendra toutes les mesures nécessaires pour réprimer toute fraude en ce qui concerne l'usage de ce certificat. ».

Hommage au professeur Fournier. — Le professeur Fournier devant quitter, à la fin de l'année scolaire 1901-1902, la chaire de clinique de l'hôpital Saint-Louis, ses élèves et ses amis ont décidé de lui offrir une médaille. Les personnes désireuses de prendre part à la souscription, sont priées d'adresser, avec leur carte, leur cotisation à M. Rueff, trésorier, 106, boulevard Saint-Germain, ou à l'un des membres du comité ci-après. Le prix de la cotisation est de 25 francs et donne droit à un exemplaire de la médaille, qui sera exécutée par M. Chaplain, membre de l'Institut.

Le Comité se compose de : MM. A. Doyon, associé de l'Académie de Médecine (Lyon); E. Gaucher, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris ; F. Balzer, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Barthélemy, ancien chef de clinique; L. Hudelo, médecin des hôpitaux ; P. Gastou, ancien chef de clinique ; E. Emery, ancien chef de clinique ; Edmond Fournier, ancien chef de clinique ; Milian, chef de clinique.

Médecin et concierge. — Les concierges font de plus en plus parler d'eux, et de mal en pis. Témoin les époux C., dont Me Armand Olivier, avocat du Dr B., exposait fort spirituellement les procédés, à l'une des dernières audiences de la septième chambre, présidée par M. Blanc. Inutile de raconter, nous-mêmes, les faits de la cause ; la décision suivante les reproduit nettement et avec une grande sagesse :

« Attendu — dit le jugement — qu'il résulte des débats, ainsi que des enquêtes auxquelles il a été procédé, en exécution d'un jugement avant faire droit de cette chambre, du 4 mars 1891, que le Dr B., locataire d'un appartement dépendant d'une maison sise à Paris, 33, rue des Petits-Champs, appartenant à de F., a eu, à plusieurs reprises, à se plaindre des concierges, les époux C. ;

« Que la concierge refusait de recevoir et de remettre les lettres et papiers qu'on apportait pour le Dr B. ; qu'elle a maintes fois gardé ou remis tardivement des lettres et des cartes dans des cas pressants et graves ; qu'elle ne répondait pas ou qu'elle répondait grossièrement aux personnes qui venaient le demander ;

« Qu'enfin, le jour où le Dr B., a quitté la maison, les époux C... ont poussé la malveillance jusqu'à suspendre, à une fenêtre donnant sur la cour, une lanterne vénitienne multicolore, avec, d'un côté un tronçon de boudin, de l'autre un morceau de morue, et au milieu une grande pancarte sur laquelle étaient écrits, en grosses lettres, ces mots : « Bon voyage » ;

Attendu qu'après son départ de la maison, la concierge, bien qu'elle connût la nouvelle adresse du Dr B., refusait de la donner, répondant aux personnes qui la lui demandaient : « inconnu », ou bien : « parti sans laisser d'adresse », etc., etc.;

« Attendu que le Dr B., établit aussi qu'il a directement averti le propriétaire de cet état de choses qui lui causait un grave préjudice ; qu'il n'a pas été plus heureux dans ses démarches auprès du propriétaire qu'il ne l'avait été auprès du gérant ; qu'il n'a même pas reçu de réponse de F., etc., etc.

« Par ces motifs,

« Condamne les époux C. et de F. à payer conjointement au Dr B., pour les causes susénoncées, la somme de 1.000 francs.

« Condamne les mêmes en tous les dépens. »

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie des annexes de l'utérus, par J.-L. Faure, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux (Bibliothèque de chirurgie contemporaine, Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris, 6e arrondissement). 1 vol. in-18 colombier, cartonné tête rouge de 475 pages, avec 222 figures, dont une partie en couleurs, dans le texte, 6 fr.

Pour lutter contre les maladies des Poumons, par le Dr P. Aubert, 1 vol. in-16 de 94 p. cart., 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

L'examen des statistiques prouve que de toute les maladies, les plus fréquentes sont celles des poumons. Et la science moderne nous enseigne que ces maladies sont plus facilement évitables que guérissables. Le but du Dr Aubert est d'exposer les moyens pratiques, à la portée de tous, susceptibles, dans la mesure du possible, de prévenir les maladies des poumons. On trouvera tout d'abord dans ce petit volume un exposé des principales maladies des poumons : bronchites, grippe, asthme, pneumonie, tuberculose.

Tableaux synoptiques d'Exploration médicale des organes, à l'usage des étudiants et des praticiens, par le Dr Champeaux, 1 vol. gr. in-8 de 184 pages, cart. (*Collection Villeroy*) : 6 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

C'est une heureuse idée qu'a eue le Dr Champeaux de grouper en tableaux synthétiques tous les procédés et toutes les méthodes d'exploration des organes, en médecine, comme il l'avait fait précédemment en chirurgie.

Dans une première partie, il expose les méthodes générales (pouls, température, urines, sang), les méthodes simples qui se passent de toute instrumentation, et les méthodes histo-bactériologiques qui reçoivent leur application au laboratoire.

Dans une seconde partie, il étudie les méthodes nécessaires à l'exploration des organes et des régions pris en particulier : il passe successivement en revue la tête, le thorax (organes respiratoires et circulatoires), l'abdomen (estomac, intestin, annexes du tube digestif, appareil urinaire, organes génitaux), le système nerveux et les membres. Il termine par l'exploration vasculaire (artères, veines, lymphatiques, ganglions).

Le Mariage. — *Etude de socio-biologie et de médecine légale*, par le Pr Morache, de la Faculté de médecine de Bordeaux. Un vol. in-16 de la *Collection médicale*, cartonné à l'anglaise, 4 francs. (Félix Alcan, éditeur).

Le mariage et ses lois constituent la base de tout l'édifice social; par lui, des unions de l'homme avec la femme se précisent et la continuation de l'espèce affirme plus de sécurité. Le mariage demeure la première des questions qui doivent être envisagées dans l'étude de la sociobiologie.

L'ouvrage du Pr Morache a pour but d'apprécier ce qu'a été le mariage au début des sociétés, comment il s'est transformé pour aboutir à l'organisation que nous lui connaissons. En montrant ses conditions actuelles, l'auteur recherche si le mariage doit rester immuable dans sa forme ou bien s'il ne vaudrait pas mieux lui faire subir quelques amendements de détail afin de pouvoir le transmettre vivant aux générations de demain.

Nlle Imprimerie H. Lasnier dir., 35-37, rue St-Lazare, Paris *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Conditions d'admission au Sanatorium d'Angicourt. — M. le Directeur de l'Assistance publique de Paris vient d'adresser aux médecins des hôpitaux une circulaire au sujet des conditions d'admission des malades tuberculeux au sanatorium d'Angicourt (Oise).

Toute demande d'admission au sanatorium doit être adressée au Directeur de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria. (Pour les lettres jetées à la poste à Paris ou dans les communes du département de la Seine, il est inutile d'affranchir.) Au reçu de la demande, l'Administration procède à une enquête, qui a pour but de déterminer si le postulant est indigent et s'il a son domicile de secours à Paris. Le sanatorium est, en effet, réservé aux seuls indigents parisiens. Il ne reçoit actuellement que des hommes. Lorsque le dossier administratif est constitué, s'il est établi que le candidat remplit les conditions indiquées ci-dessus, il est d'abord examiné par M. le médecin en chef du sanatorium et, s'il y a lieu, il est appelé devant une Commission médicale spéciale qui prononce en dernier ressort.

Seuls peuvent être acceptés les malades qui présentent des garanties suffisantes de curabilité et pour lesquels on peut espérer obtenir, en quelques mois, un résultat utile et durable; l'admission est refusée à tout malade ayant de la tuberculose laryngée, de l'albuminurie ou du sucre dans les urines, des manifestations actuelles de tuberculose externe, des lésions du cœur ou du péricarde. Pour éviter aux malades de nombreux déplacements, il est désirable de les munir d'un dossier médical dans lequel figureront, autant que possible, les renseignements suivants: 1° température rectale prise matin et soir au repos pendant trois ou quatre jours; 2° pouls compté matin et soir pendant trois ou quatre jours, le malade étant debout; 3° examen des urines au point de vue de l'albuminurie et du sucre; 4° examen des crachats (quantité totale des 24 heures; bacilles). Cet examen est fait gratuitement au Laboratoire municipal, 11 *bis*, rue des Hospitalières-Saint-Gervais. Ce « dossier médical », établi par le médecin appelé à donner ses soins au malade, sera mis sous pli cacheté à l'adresse du Directeur du sanatorium d'Angicourt.

Après examen médical fait par la Commission, une liste des malades reconnus admissibles est présentée au Directeur de l'Assistance publique, qui prononce sur leur admission définitive.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — M. Lereboullet, secrétaire général, annonce que, conformément au vote émis dans la dernière séance, il a écrit à M. le président Lannelongue pour l'informer qu'il a été nommé président honoraire, il donne lecture de la lettre qu'il a écrite.

Il rend compte ensuite des démarches faites près de M. le professeur Brouardel, et donne lecture d'une circulaire qui sera adressée à toutes les Sociétés unies, pour les inviter à élire un nouveau président.

M. Brouardel remercie le Conseil général de ses démarches, mais il demande de différer sa réponse définitive jusqu'à ce qu'il ait pu conférer avec M. Lannelongue (1).

M. le Secrétaire général annonce le décès de M. Villard, président de la Société des Bouches-du-Rhône, et exprime les regrets du Conseil.

En réponse à une lettre de M. Maurat, président de l'Association amicale pour l'indemité de maladie, au sujet de l'application du don de 3.000 francs fait par M. Lannelongue, il est décidé qu'on demandera encore l'avis du donateur avant de statuer.

La Société d'Alger, qui s'était séparée de l'Association générale, demande à lui être annexée de nouveau. (Avis favorable).

A une lettre de M. le président de la Société de Laon, Vervins et Château-Thierry, demandant dans quelles conditions les membres de l'Amicale devaient être admis comme membres de l'Association, M. le Secrétaire général a répondu que tous les membres *anciens* seraient exemptés du droit d'entrée, et seraient admis sur la demande des membres du bureau de l'Amicale, mais que les membres *nouveaux* seraient tenus à se faire recevoir, au préalable, membres de l'Association générale, en se conformant aux exigences des statuts de celle-ci. (Approuvé).

(1) L'acceptation définitive de M. Brouardel a été envoyée à M Lereboullet, secrétaire général.

A une lettre de M. le Président de la Société d'Alais demandant dans quelles conditions une fusion pourrait être établie entre les membres du Syndicat de Nîmes et les membres de la Société d'Alais, il a été répondu que les membres du Syndicat de Nîmes devaient adhérer aux statuts de l'Association, soit en s'inscrivant comme membres de la Société d'Alais, soit en fondant une Société nouvelle à Nîmes. (Approuvé).

Une Société locale étant en voie de formation à Tunis, les statuts de l'Association lui ont été envoyés.

Le Dr Muleur (de Cannes), remercie le Conseil de l'appui qui lui a été prêté et de la consultation juridique qui lui a été transmise par Me Deligand.

M. Lereboullet soumet au Conseil le texte d'une circulaire qui serait adressée à tous les membres de l'Association, pour les mettre au courant de la situation morale et matérielle résultant des derniers votes de l'Assemblée. Cette circulaire est approuvée par le Conseil. Elle sera adressée aux secrétaires des Sociétés unies, avec prière d'en adresser un exemplaire à chaque sociétaire.

M. le baron Cerise lit un rapport établissant quelle est à ce jour la situation matérielle de l'Association.

Des subventions s'élevant à la somme totale de 2.350 francs sont votées à diverses Sociétés locales.

M. le trésorier-général Blache annonce que le notaire de l'Association a touché une somme de 115.000 francs sur le legs Marjolin (vente de la ferme de Montsoulin).

M. Motet demande que le capital affecté à la caisse des fonds généraux soit augmenté notablement en vue de faire face aux nouveaux besoins créés par l'annexion des caisses de prévoyance.

M. Blache fait observer que le capital de la caisse des pensions est intangible.

M. Lereboullet explique le fonctionnement des diverses caisses de l'Association et propose qu'un réglement intérieur, qui sera communiqué à tous les membres de l'Association, détermine dans quelles conditions et dans quelles proportions la caisse des fonds généraux pourra accorder des subventions aux caisses annexes. Cette proposition est adoptée.

Une subvention de 6.000 francs prise sur les fonds disponibles de la caisse des fonds généraux est votée à la caisse des veuves et orphelins.

Le Conseil, dans sa réunion du jeudi 19 décembre a décidé que, durant l'année 1902, les séances du Conseil général auront lieu régulièrement le troisième jeudi de chaque mois.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

RECENTES PUBLICATIONS

Les Armes blanches, *leur action et leurs effets vulnérants,* par les Drs H. Nimier, médecin principal, de deuxième classe, professeur au Val-de-Grâce, et Ed. Laval, médecin major de deuxième classe. 1 volume in-12, avec 39 gravures dans le texte..... 6 fr.

Les Projectiles des armes de guerre, *leur action vulnérante,* par *les mêmes,* 1 volume in-12 avec 36 gravures dans le texte..... 3 fr.

Les explosifs, les poudres, les projectiles d'exercice, *leur action et leurs effets vulnérants,* par *les mêmes,* 1 volume in-12, avec 18 gravures dans le texte..... 3 fr.

De l'infection en chirurgie d'armée, *évolution des blessures de guerre,* par *les mêmes.* 1 volume in-12 avec gravures dans le texte..... 6 fr.

Traitement des blessures de guerre, par *les mêmes.* 1 volume in-12 avec 52 gravures dans le texte. 6 fr.

COLLECTION MÉDICALE

Volumes in-12, cartonnés à l'anglaise, à 4 francs et à 3 francs

Envoi franco contre mandat-poste

COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

par M. le professeur Félix Terrier membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien de la Pitié.

Petit Manuel d'Antisepsie et d'Asepsie chirurgicales, par les docteurs Félix Terrier et M. Péraire ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-12, avec gravures, cartonné à l'anglaise..... 3 fr.

Petit Manuel d'Anesthésie chirurgicale, par *les mêmes.* 1 vol. in-12, avec gravures, cartonné à l'anglaise..... 3 fr.

L'Opération du Trépan, par *les mêmes.* 1 vol. in-12, avec 222 gravures, cartonné à l'anglaise..... 4 fr.

Chirurgie de la Face, par les docteurs Félix Terrier, Guillemain, chirurgien des hôpitaux et Malherbe, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-12, avec 214 gravures..... 4 fr.

Chirurgie du Cou, par *les mêmes.* 1 vol. in-12, avec 101 gravures, cartonné à l'anglaise..... 4 fr.

Chirurgie du Cœur et du Péricarde, par les docteurs Félix Terrier et Reymond, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-12, avec 79 gravures, cartonné à l'anglaise..... 3 fr.

Chirurgie de la Plèvre et du Poumon, par *les mêmes,* 1 volume in-12 avec 67 gravures, cartonné l'anglaise..... 4 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS (1)

par le Dr E. Desnos

Bien que mon intention soit de me borner aujourd'hui à quelques indications cliniques et pratiques du traitement des rétrécissements, néanmoins, il est nécessaire de dire au début quelques mots essentiels d'anatomie pathologique et d'étiologie.

Un rétrécissement est une diminution permanente du calibre de l'urèthre due à une modification anatomique des parois. D'après cette définition même, on voit que j'élimine les rétrécissements spasmodiques.

Les modifications anatomiques sont produites par deux causes bien distinctes : les blennorrhagies (rétrécissements inflammatoires), ou les traumatismes (rétrécissements cicatriciels). Il est cependant une troisième classe mixte de rétrécissements sclérо-cicatriciels qui sont produits par un traumatisme pendant une blennorrhagie.

Les rétrécissements blennorrhagiques n'apparaissent pas rapidement. C'est le contraire pour les rétrécissements traumatiques : on peut les constater très peu de temps après l'accident, chute à califourchon, légère rupture vasculaire pendant une érection, fausse manœuvre du coït. La troisième classe de rétrécissements, dont nous parlions tout à l'heure, est beaucoup plus intéressante et infiniment plus fréquente qu'on ne le croit. Si on interroge le malade en insistant suffisamment pour chercher l'étiologie du rétrécissement, on voit que très souvent, à la suite de pollutions nocturnes ou de tentatives de coït au déclin de la maladie, le sujet a senti une douleur un peu vive, quelquefois même il a remarqué l'apparition d'une minime quantité de sang.

La multiplicité des rétrécissements blennorrhagiques est une vérité qu'on doit déceler par un examen prolongé et bien complet. Souvent, si l'on procède ainsi, on notera, en dehors de la région bulbaire où on les rencontre habituellement, des rétrécissements péniens. Quant à la paroi, les idées se sont bien modifiées depuis vingt ans. Segond, dans sa thèse, avait établi que la paroi inférieure était leur siège habituel. Aujourd'hui, nous avons des moyens d'exploration plus précis et l'on a reconnu que si la plupart des rétrécissements inflammatoires siègent sur la paroi inférieure, beaucoup néanmoins

(1) Leçon recueillie et rédigée par le Dr Paul Guillon, Assistant de la clinique.

peuvent siéger sur la paroi supérieure, d'autres même n'intéressent qu'une des parois latérales (Hallé et Wassermann).

Le diagnostic doit toujours se faire avec un explorateur à boule. Si l'on se contentait d'une bougie, on pourrait arriver à savoir si tel ou tel numéro de la filière passe ou ne passe pas. Ce serait assurément un renseignement, mais insuffisant, car, par un tel procédé, si l'on pense à la facilité de dilatation du canal, il est évident qu'on ne pourrait arriver à préciser d'une manière exacte le siège des strictures.

On commencera par prendre un explorateur à boule n° 20 ou 22 ; en général, commencer par un numéro supérieur au calibre présumé du rétrécissement. La plupart du temps, on sentira une résistance dans la région pénienne, indice d'un premier rétrécissement : ne pas forcer ; prendre un explorateur plus petit, 18 par exemple, qui s'arrêtera un peu plus loin : deuxième rétrécissement. Enfin, avec un numéro 12 ou 13, on arrivera à la région bulbaire.

Dans l'exemple que je viens de prendre, l'explorateur a franchi toute l'étendue du canal. C'est un premier cas courant. Souvent, au contraire, les sensations vagues qu'on a eues à l'aller sont bien plus nettes au retour, cela tient à la conformation même des explorateurs à talon généralement employés aujourd'hui.

Le diagnostic entre le rétrécissement véritable et le spasme de l'urèthre est difficile. On peut considérer le rapport entre le jet urinaire et le calibre de l'instrument qu'on ne peut passer ; s'il y a une disproportion manifeste, on peut en induire qu'il n'y a pas de rétrécissement, mais c'est un signe très incertain.

Un petit moyen pratique de diagnostic, c'est de cocaïner l'urèthre postérieur, les sensations réflexes du spasme disparaissent. Dans certains cas où on ne peut pas passer, le rétrécissement n'est pas en cause, c'est la forme de l'instrument choisi qu'il faut incriminer ; le remède est très simple, on changera la forme de l'explorateur, on en relèvera le bec, etc. C'est là où sera précieux le signe du retour : arrêt à l'aller, pas de sensation au retour : c'est du spasme et non du rétrécissement.

Enfin un dernier signe physique peut être fourni par l'exploration du périnée. S'il s'agit d'un rétrécissement bulbaire, situé en avant par conséquent de la partie membraneuse, on suit avec le doigt la paroi et l'on sent l'endroit où la boule est arrêtée au périnée ; si le doigt n'a pas cette sensation, s'il ne trouve pas la boule exploratrice, c'est qu'elle est arrêtée plus profondément, à la région membraneuse : on peut donc conclure qu'on se trouve en présence de spasme.

Au point de vue clinique, il y a à faire, entre les rétrécissements, deux divisions importantes. D'un côté, les rétrécissements étroits, de l'autre, les rétrécissements larges suivant qu'un petit ou qu'un gros instrument peut passer dans le canal.

Il est bon d'insister sur cette division, car les rétrécissements larges sont très souvent méconnus. Ils ont été longtemps discutés en France et ce n'est que depuis quelque temps que leur existence est admise. Ils sont très importants car ils peuvent être la cause plus tard de rétrécissements étroits, puis, ils entretiennent des foyers d'uréthrites chroniques persistantes qui ne cèdent qu'après dilatation. Il est donc nécessaire de diagnostiquer de bonne heure les rétrécissements larges, car, pour leur traitement, il faut pousser très loin la dilatation. Je discuterai plus tard la question du calibre du canal qu'on doit chercher à atteindre. Je me contenterai, pour le moment, de dire que toujours il faut pousser très loin la dilatation.

Les traitements des rétrécissements sont de deux catégories : A, méthode de douceur, B, méthode de force.

A. — Le traitement de choix est la dilatation progressive, c'est même le traitement *unique*. Tous les autres sont des moyens préliminaires destinés à faciliter la dilatation. Tous les rétrécissements ne sont pas dilatables. Certains d'entre eux ne permettent pas facilement l'accès des bougies (rétrécissements tortueux). On a proposé l'emploi d'une bougie de cire (Ducamp), la pression douce peut permettre ensuite à une bougie de s'engager, en modifiant l'accès du rétrécissement.

Un autre moyen mis en œuvre est la pression hydraulique : injections prolongées et un peu forcées d'eau ou d'huile. Enfin, Duchastelet a inventé un appareil fort ingénieux qui permet, en même temps que s'exerce la pression hydraulique, de faire pénétrer et progresser une bougie filiforme.

Tous ces petits moyens, qui peuvent être précieux dans des cas d'exception, ne seront employés que lorsqu'on n'aura pu réussir par le procédé qui, constamment, a donné de bons résultats. C'est l'emploi des bougies tortillées, grâce auxquelles on aura chance presque toujours de pénétrer dans l'orifice excentrique latéral du rétrécissement.

Il semble maintenant avec les progrès de l'uréthroscopie qu'on puisse arriver à trouver plus facilement l'orifice du canal. C'est ce qu'on a fait en Allemagne, mais il me paraît que c'est là, quelle que soit l'expérience qu'on puisse avoir de l'uréthroscopie, un procédé bien délicat et difficile à mettre en pratique.

Si l'on se trouve en présence d'un de ces cas où l'introduction aura été difficile, il faudra laisser une bougie à demeure. Il sera même prudent de prendre dès l'abord une bougie armée, car on n'est pas sûr de pouvoir passer une seconde fois, s'il est nécessaire d'introduire un conducteur. On laissera cette bougie pendant 48 heures, car si, pendant la première heure, il se produit une réaction qui, quelquefois, empêche le malade d'uriner (congestion des parois) et qui, du reste, passe très vite, presque toujours au bout de douze heures, le malade urine bien plus facilement que quand il n'avait pas la bougie à demeure. Il y a là un phénomène difficile à expliquer, mais il est constant que la lumière du canal devient plus grande.

Après 48 heures, on retirera la bougie et on essaiera la dilatation. Si le jet s'est vraiment beaucoup modifié, on prendra une bougie d'un numéro un peu supérieur. On devra toujours introduire une bougie avec la plus grande douceur, sans jamais insister ; la bougie doit progresser d'elle-même en donnant à peine la sensation d'un frôlement. Immédiatement après son introduction, on la retirera et on espacera les séances de 48 heures au moins. A la séance suivante, on recommencera avec un numéro inférieur de un ou deux à celui qu'on a passé précédemment et on ne cherchera pas à augmenter le calibre de plus de deux ou trois numéros à chaque séance.

Il ne faut jamais oublier le nom même de la méthode, il *faut* que la dilatation soit *lente*. Si on fait deux ou trois séances sans pouvoir augmenter le calibre des bougies, il faut changer d'instruments et prendre des bougies métalliques. En France, elles sont graduées par sixièmes de millimètre tandis que les bougies de gomme le sont par tiers de millimètre. En général, pour des gens exercés au cathétérisme, leur introduction est assez facile. Il est bon, dans les cas difficiles, de se servir d'une bougie conductrice pour faire, avec un Béniqué, le cathétérisme à la suite en se laissant un peu guider par la bougie, mais néanmoins en appliquant les règles du cathétérisme avec les instruments courbes comme si la bougie conductrice n'existait pas. Grâce à ce moyen, on a exactement la sensation du degré de résistance des parois. C'est là la méthode de choix pour obtenir le maintien des résultats acquis.

B. — Mais il y a des cas où la dilatation n'est pas possible : il y a des urèthres sensibles, des urèthres qui saignent, on peut encore voir des accès de fièvre provoqués à la

suite de chaque séance. Ce sont autant de contre-indications à la dilatation. Alors on arrivera aux méthodes rapides :

1° *Électrolyse.* — Ce procédé remonte à près de 40 ans. Mallez et Tripier le pratiquaient avec un instrument très imparfait ; puis Jardin a modifié le manuel opératoire en appliquant à l'électrolyse le dispositif des uréthrotomes de Maisonneuve. La méthode, dès lors, devenait précise et pouvait donner de bons résultats ; un peu plus tard M. Fort a modifié l'instrument de Jardin en le composant d'une seule pièce.

Les chirurgiens varient d'opinion sur l'intensité électrique à obtenir. Les cicatrices du pôle négatif sont, d'après une théorie connue, souples et molles, et il semble qu'on pourrait employer des courants d'intensité forte ; mais, par des expériences pratiquées sur des chiens, j'ai démontré qu'aussitôt qu'on dépasse 7 ou 8 milliampères, il se produit des cicatrices rétractiles.

Evidemment, le malade est enchanté de voir qu'aussitôt après l'emploi de la lame électrolytique il peut immédiatement uriner avec un gros jet, mais la désillusion vient bientôt ; la cicatrice est bien souvent rétractile, dure : les résultats définitifs sont ordinairement mauvais. Sans abandonner absolument l'électrolyse linéaire, on ne doit l'employer que dans des rétrécissements très facilement dilatables, en ne dépassant jamais 7 ou 8 milliampères et, dans ces conditions, on pourrait employer avec succès n'importe quel procédé.

La seconde méthode d'électrolyse qui mérite qu'on s'y arrête est celle de Newman. Son instrument est terminé par des boules olivaires et il emploie un courant extrêmement faible de 3 ou 4 milliampères au plus. C'est là la vraie électrolyse, c'est-à-dire la décomposition des tissus par l'électrolyse, et non pas une section électrolytique. Mais, dans la méthode de Newman, le travail est très lent ; immédiatement après la séance, il se produit une rétraction de 2 ou 3 numéros. L'auteur conseille d'espacer les séances de 15 jours. Comme on ne peut gagner qu'un numéro par séance, il faut souvent bien des mois, 6, 8, 12, pour arriver à un résultat satisfaisant : d'où la difficulté de faire accepter par le malade ce traitement ; mais c'est là une bonne méthode, qui n'a aucun inconvénient.

2° *Uréthrotomies internes.* — L'intervention qui m'a toujours réussi jusqu'à présent est l'uréthrotomie interne. L'uréthrotomie interne a été autrefois une opération très meurtrière, aussi porte-t-elle encore aujourd'hui le poids de ses méfaits du début, il y a 50 ans. On la pratique d'avant en arrière ou d'arrière en avant. Le premier procédé (Maisonneuve) s'applique aux rétrécissements étroits ; l'autre, aux rétrécissements plus larges.

Je ne retracerai pas ici la technique complète de l'opération de Maisonneuve. J'insisterai seulement sur quelques points de détail peu connus et dont l'importance est considérable.

Je rappellerai que si l'on a à opérer un homme âgé, on a le droit de modifier la courbure de la glissière. Enfin, une fois cette glissière introduite, il faut toujours avoir soin de l'abandonner à elle-même, puis la faire tenir par l'aide exactement dans la position où elle se place spontanément et surtout se bien garder d'opérer un mouvement de bascule de haut en bas. Grâce à ces précautions, et en suivant la technique aujourd'hui classique, l'opération est inoffensive. Si l'aide appuyait le conducteur en bas, la lame irait inciser non-seulement le rétrécissement sur la paroi supérieure, mais aussi la muqueuse et le plexus veineux de Sautorini : d'où une formidable hémorragie. De même, la dimension de la lame employée a une importance. Le maximum sera un numéro 23 ; le plus souvent, on se contentera d'une lame 21 ou 19 même, si la liberté du

conducteur n'était pas très grande; des lames plus volumineuses exposent à des accidents.

Une autre question de détail importante est celle du calibre de la sonde à demeure à bout coupé, qu'on emploie après l'uréthrotomie. Le numéro maximum doit être un 17 ou un 18. Ainsi la sonde n'écartera pas les parois en ajoutant à l'uréthrotomie une divulsion dangereuse, et remplira à peine la place qu'a préparée l'incision. Il est bon qu'elle n'obture pas exactement le calibre du canal; si la sonde vient à se boucher, l'urine, s'engageant entre les parois de l'instrument et le canal, peut s'écouler au dehors et ne risquera pas, par suite de la pression, d'être projetée dans le courant circulatoire avec les éléments infectieux qu'elle peut contenir.

Donc, en résumé, l'incision sera petite, la sonde sera petite.

Comment donnera-t-on ensuite à l'urèthre un calibre suffisant? Par la dilatation progressive. Dans l'immense majorité des cas, un malade chez qui on aura employé une lame n° 17 sera facilement dilatable et l'on pourra le plus souvent atteindre jusqu'au n° 30.

Cette dilatation est le *complément indispensable* de l'uréthrotomie. On ne doit pas la faire trop tôt, on attendra 8 ou 10 jours pour éviter le saignement, puis on la poussera assez vite; trois ou quatre séances de Béniqué suffiront généralement. C'est là la méthode à laquelle, si l'on regarde sans parti pris, on se rattachera presque toujours.

Il me faut aussi parler des uréthrotomies d'arrière en avant. Les instruments les plus anciens sont les uréthrotomes de Guillon et de Civiale, qui ne peuvent s'appliquer qu'aux rétrécissements déjà larges. D'autres instruments, basés sur un principe analogue, ont été inventés depuis ; un d'entre eux par Trélat, puis Horteloup et M. Albarran. C'est un instrument très ingénieux, mais peu précis. Je l'ai modifié en ajoutant sur la lame des olives de taille différente, qui servent à préciser le siège exact des rétrécissements à attaquer. On peut faire ainsi des incisions sur les différentes parois du canal et pratiquer au besoin soit une uréthrotomie à sections multiples, d'emblée, dans les rétrécissements larges, soit, le plus souvent, une deuxième uréthrotomie complémentaire lorsque les résultats obtenus par l'opération de Maisonneuve sont insuffisants et que la dilatation consécutive subit un temps d'arrêt.

On emploiera encore cette méthode lorsque, dans la dilatation, on rencontre des contre-indications. C'est un *temps* dans la dilatation plus qu'une opération proprement dite.

Je terminerai en disant quelques mots sur une méthode en usage en Allemagne, quoique d'origine française : c'est la dilatation rapide progressive, ou procédé de Le Fort. Elle produit un écartement rapide, forcé, des parois uréthrales, qui, en une seule séance, permet de retrouver les limites du canal; elle a donné beaucoup de succès. L'uréthrotomie interne sectionne les rétrécissements; ce procédé les rompt, en une seule fois il est vrai ; il agit avec rapidité, mais aussi avec beaucoup moins de sécurité.

Signalons encore un autre procédé aujourd'hui délaissé : la divulsion de Holt et de Voillemier qui faisait éclater le rétrécissement avec violence.

En résumé, la dilatation est la méthode de choix, l'électrolyse peut être une bonne méthode si elle est employée avec discernement ; néanmoins, il faut s'en méfier: quoiqu'elle donne souvent une satisfaction immédiate au malade, elle est dangereuse pour l'avenir et les résultats lointains en sont problématiques.

Enfin, les uréthrotomies internes sont des opérations qui, bien pratiquées, sont absolument inoffensives et qui m'ont toujours, dans tous les où elles ont été nécessaires, donné des résultats satisfaisants pour le présent et pour l'avenir.

Deux nouveaux analgésiques locaux presque exempts de toxicité. (Acoïne-Dionine).

par le Dr A. Darier

I

Les anesthésiques locaux ont fait beaucoup parler d'eux dans ces dernières années.

C'est la découverte si admirable de la *cocaïne* qui nous a valu la possibilité de faire, d'abord sur les yeux puis sur toutes les parties du corps, les opérations les plus variées et les plus douloureuses sans que le malade ressente la moindre douleur.

Aujourd'hui nous allons plus loin : la cocaïne en injections intra-rachidiennes ou épidurales non seulement nous permet d'obtenir l'*anesthésie chirurgicale*, mais encore elle provoque une *analgésie* COMPLÈTE de tout le segment inférieur du corps.

C'est là une découverte admirable, mais qui, malheureusement, a aussi ses inconvénients, ses dangers, à cause de la toxicité assez marquée de la cocaïne.

C'est à l'ophtalmologie que nous devons la cocaïne, c'est à elle aussi que nous devons les premières constations de ses propriétés toxiques. C'est encore à l'oculistique que nous devrons deux nouveaux analgésiques *locaux* pour ainsi dire *dépourvus de toxicité*.

Beaucoup ont déjà été vantés qui sont rapidement tombés dans l'oubli, parce qu'ils ne présentaient pas d'avantages réels sur la cocaïne.

II

Dans une première communication faite il y a deux ans à l'Académie de médecine, j'ai le premier établi que, grâce à l'*acoïne*, il nous est aujourd'hui possible *de rendre absolument indolores les injections sous-cutanées ou sous-conjonctivales des substances les plus irritantes* (sublimé, iode etc... (1).

L'*acoïne* est un *alkyloxyphénylguanidine*.

Par l'expérimentation, *on n'a pu lui trouver aucune action toxique* même à doses très supérieures à celles de cocaïne qui, elles, au contraire, eussent entraîné la mort après de violents troubles nerveux.

Pour ma part, depuis plus de 2 ans que j'emploie journellement *l'acoïne* en injections sous-conjonctivales, je n'ai encore jamais observé le moindre désagrément, ni dyspnée, ni palpitations, ni nausées, ni céphalalgies prolongées comme celles que l'on reproche si souvent et avec raison à la cocaïne.

(1) Voir A. Darier. *Leçons de thérapeutique oculaire*, 1 vol. grand in-octavo. Maloine, Paris, 1902.

Mais *l'acoïne* ne peut remplacer la *cocaïne* dans toutes ses applications, car elle n'a sur l'œil humain aucune action anesthésique *tant que la conjonctive est saine*; mais, que la couche épithéliale superficielle vienne à être détruite par une éraflure traumatique ou par une brûlure, alors *l'acoïne* exercera une action anesthésiante dix fois plus longue et plus intense que la *cocaïne*, et cela sans provoquer le moindre phénomène toxique alors même que *l'acoïne* aurait été employée à forte dose (0,5 pour 10 de lanoline.)

Pour les opérations sur le globe oculaire et les paupières, les injections interstitielles d'*acoïne* à 1 0/0 m'ont donné une anesthésie de beaucoup plus longue durée que la cocaïne; mais cette action étant quelquefois un peu lente à se produire, je me sers en général d'un mélange de cocaïne et d'acoïne à 1 0/0 de chaque, qui m'a donné jusqu'ici les plus heureux résultats ; l'anesthésie est par ce moyen prompte à se produire et lente à disparaître, ce qui est d'une assez grande importance quand il s'agit d'opérations un peu laborieuses, *énucléation*, *névrotomie opticociliaire*, *opération de Critchet*, *blépharoplasties*, *avancements musculaires*, *etc.*

Mais où l'acoïne est appelée à rendre les plus grands services, c'est certainement dans les cas où il est nécessaire de pratiquer des injections sous conjonctivales ou *sous cutanées* très douloureuses (sublimé, iode, arsenic, solutions concentrées et chlorure de sodium, etc.), car on pourra toujours les rendre indolores si l'on injecte, avant ou pendant, une quantité suffisante d'une solution d'acoïne à 1 0/0.

Combien il serait intéressant de faire l'essai de l'*acoïne* en injections rachidiennes ou épidurales! Et, si j'avais une formule à recommander, je préconiserais la solution à 1 0/0 de cocaïne et d'acoïne associées pour les raisons indiquées plus haut.

J'ai idée que l'on obtiendrait par ce moyen une anesthésie et une analgésie plus prolongées, avec beaucoup moins des phénomènes nerveux reprochés à la cocaïne employée seule et à doses plus fortes.

III

Un autre analgésique des plus intéressants est la *Dionine*, qui possède cette qualité remarquable entre toutes de calmer rapidement, par de simples instillations, certaines douleurs oculaires violentes (*glaucôme*, *kératite*, *iritis*, *iridocyclite*, etc.) et souvent même de les faire disparaître pour toujours.

J'ai été le premier, dans une communication faite à l'Académie de médecine, il y a dix-huit mois, à relater les intéressantes observations que j'avais recueillies sur les ranalgésiques oculaires et je concluais que, grâce aux progrès de la chimie et de l'expérimentation thérapeutique, nous allions enfin *être en possession de toute une série d'analgésiques oculaires puissants*, *capables de calmer*, *pour de longues heures*, *si ce n'est pour toujours*, *les douleurs les plus violentes de l'iritis*, *de l'iridocyclite*, *des kératites* et même *du glaucôme*.

Je ne puis revenir encore sur les intéressantes propriétés analgésiantes de la dionine. Il suffira de dire que, depuis dix-huit mois, de nombreux succès ont été enregistrés, non seulement par moi, mais par tous ceux qui ont mis à l'épreuve cet intéressant médicament, dans presque toutes les affections douloureuses de l'œil.

Jusqu'ici, on a *trop confondu analgésie avec anesthésie*. Le plus souvent, il est vrai, l'anesthésie implique l'analgésie, mais il faut pour cela que l'anesthésie soit profonde et même générale, comme celle que nous fournissent l'éther, le chloroforme et tous les anesthésiques généraux.

Ne savons-nous pas qu'une partie de notre surface cutanée peut être anesthésique alors que peuvent être ressenties au même lieu des douleurs violentes ?

La cocaïne et les autres anesthésiques locaux, eucaïne, holocaïne, etc., ne portent leur action que sur les éléments nerveux au contact desquels ils parviennent. Ils peuvent il est vrai provoquer une anesthésie allant jusqu'à l'analgésie : telles les injections de cocaïne le long du nerf sciatique, telles les injections rachidiennes pendant l'accouchement ou les opérations portant sur les deux tiers inférieurs du corps.

Mais vous n'arriverez pas par des instillations de cocaïne à calmer les douleurs violentes de l'*iridocyclite*,, du *glaucôme*,, de l'*épisclérite*, etc... Vous exagérerez plutôt ces douleurs en les compliquant d'insomnie, tandis que vous les calmerez presque toujours par des instillations répétées de dionine.

En revanche, *la dionine ne produit que peu ou point d'anesthésie* ; un œil calmé de ses douleurs profondes par la dionine sentira très bien le contact, la piqûre, le pincement ou les cautérisations. C'est exactement le contraire de ce qu'on observe pour la cocaïne qui, elle, en même temps qu'elle éteint la sensibilité périphérique, excite et stimule les centres psycho-moteurs.

La dionine a une action sédative très marquée sur les centres ; c'est ce qui nous explique le fait si fréquent que nous signalent les malades en nous disant qu'ils ont profondément dormi à la suite des premières et abondantes instillations de dionine. Le fait est surtout très manifeste chez les nourrissons qui dorment au point d'oublier leur tétée.

Cette action soporifique de la dionine, appliquée localement dans l'œil, est pour moi la preuve de la pénétration de cette substance jusque dans la cavité cranienne à travers les espaces lymphatiques péri-oculaires. Car ces mêmes doses en injection hypodermique ne provoquent pas le sommeil. C'est là encore une des preuves les plus évidentes de l'importance de la thérapeutique locale par les injections sous la conjonctive.

C'est surtout dans l'iritis, dans l'iridocyclite et dans le glaucôme, qui s'accompagnent souvent de douleurs intolérables, que l'effet de la dionine s'est montré remarquable. J'ai relaté moi-même plusieurs cas très curieux, entr'autres celui où des douleurs terribles disparurent en quelques heures et pour toujours à la suite d'une injection de 0 gr. 02 de dionine à la tempe ; les instillations conjonctivales n'avaient pas eu d'influence dans ce cas.

Dans le *glaucôme*, où les douleurs sont souvent si violentes et si tenaces qu'on est obligé d'avoir recours à l'énucléation, l'action de la dionine est peut-être encore plus remarquable. J'ai publié des cas où ces douleurs furent rapidement et radicalement calmées.

Le professeur Simi, de Florence, a cité trois cas de guérisons semblables : l'une de ses malades voulait se suicider tant son mal était intolérable.

Le Dr A. Terson, de Paris, a publié un cas du même genre où, avant de se résoudre à faire l'énucléation ou la section du grand sympathique, il prescrivit quelques instillations de dionine : les douleurs, dès cet instant, disparurent et depuis 5 mois la malade a conservé son œil sans plus jamais en souffrir.

Le Dr Gaupillat, de Chalon-sur-Saône, vient de communiquer un nouveau cas de glaucôme absolu dont les douleurs extrêmement violentes furent calmées d'une façon durable dès les premières instillations de dionine. Une intervention chirurgicale ayant été suivie d'une recrudescence de violentes douleurs et celles-ci n'ayant pu être calmées par des instillations de dionine, le Dr Gaupillat eut l'idée d'injecter la dionine sous la conjonctive en même temps qu'il pratiquait une ponction sclérotícale. Les douleurs disparurent alors définitivement.

Nous sommes donc en droit d'affirmer hautement aujourd'hui que les analgésiques oculaires constituent une des plus précieuses conquêtes de la thérapeutique moderne, et que la dionine est un des plus actifs et des moins dangereux sels de morphine (chlorhydrate d'éthylmorphine découvert et vanté en 1882 par Gismaux sous le nom de codéthyline).

Le MODE D'EMPLOI de la DIONINE est des plus simples, car il suffit d'instiller dans le sac conjonctival une goutte de solution de dionine à 1 0/0 ; il s'en suit une cuisson plus ou moins marquée avec rougeur et quelquefois tuméfaction de la conjonctive. Il ne faut pas s'effrayer même s'il se produit un peu de chémosis, car c'est signe que l'action du médicament sera puissante. Si, au bout d'une heure, cette première goutte de collyre n'a pas produit le soulagement attendu, il faut répéter les instillations de plus en plus fréquentes et abondantes. La *dionine* peut être avantageusement combinée avec la *cocaïne*, l'*atropine*, l'*ésérine*, toutes les fois que ces substances sont indiquées ; la dionine en augmente notablement l'effet.

L'action lymphagogue et vaso-dilatatrice de la dionine jointe à son pouvoir antiseptique très marqué contribuent pour une bonne part à l'atténuation du processus morbide ; elle active la résolution des exsudats, des épanchements sanguins, des masses cristalliniennes etc...

P.-S. — L'action analgésiante profonde de la dionine peut rendre les plus grands services aux *dentistes*, ainsi que j'ai pu l'expérimenter moi-même dans les douleurs, souvent si violentes, dues à la *carie dentaire*. Il suffit dans ces cas, pour calmer promptement ces douleurs, d'introduire dans la cavité bien nettoyée, gros comme un grain de blé de poudre de dionine et de recouvrir le tout d'une boulette de coton ou d'un pansement à la gutta-percha. La douleur disparaît au bout d'une heure et peut rester plusieurs jours sans revenir.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTE DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 22 Janvier 1902

Présidence de M. SEVESTRE.

M. Larat présente un appareil auquel il a donné le nom de *thermoplasme électrique* et sur lequel nous reviendrons prochainement dans un article de tête. Grâce à cet appareil, que l'on branche sur un courant électrique, on obtient, dans une sorte de compresse souple, une chaleur uniforme et réglable à volonté.

M. Baudoin trouve à cet appareil de grands avantages: il est à la fois souple et léger, ce qui le distingue avantageusement des sacs en caoutchouc remplis d'acétate de soude présentés il y a quelque temps à la Société. Dans les affections douloureuses ayant pour siège la région abdominale, les appareils lourds ne sont pas facilement supportés : l'appareil de M. Larat rendra dans ces cas de grands services.

M. Sevestre estime que dans l'adénite aiguë des enfants, que l'on traite aujourd'hui par l'application en permanence de compresses humides chaudes, le thermoplasme électrique sera tout indiqué. Il suffira de le déposer sur les compresses, pour supprimer des changements perpétuels de pansements et obtenir, pendant toute une nuit, une température constante. L'appareil est si léger que l'enfant en traitement n'en sera nullement incommodé.

M. Camescasse lit une note sur le *régime lacté intermittent.*

Quand une femme arrivée à l'âge de la ménopause présente des troubles tels que vertiges, insomnies, palpitations, essoufflements, etc., le médecin est sollicité d'intervenir.

Quels que soient les accidents dont se plaignent les femmes à l'âge critique, l'orateur conseille le régime lacté intermittent : pendant 5 jours de la semaine, la malade mange et boit ce qu'elle veut, mais deux jours de suite, elle se nourrira de deux litres de lait avec quelques pommes de terre et un morceau de pain. On donnera des laxatifs s'ils sont indiqués.

Cette thérapeutique peut s'appliquer à d'autres patients tels que gros mangeurs sédentaires, migraineux, surmenés, etc.

Enfin, ce régime a permis de mener à bien la troisième grossesse d'une femme qui avait eu une première grossesse gémellaire avec éclampsie et amaurose.

La même cure a permis de faire disparaître une albuminurie persistante après un accouche-

ment compliqué de crises éclamptiques subintrantes. L'albuminurie a cessé 6 mois après l'accouchement.

La toxémie gravidique et la toxémie de la ménopause présentent la même indication thérapeutique fondamentale : soulager les émonctoires, et le grand moyen pour arriver à ce but, c'est le lait.

Mais le régime lacté est mal accepté par les habitants de la campagne, aussi l'orateur a-t-il dû se décider à adopter le régime intermittent ci-dessus décrit.

Pour les troubles de l'âge critique, ils disparaissent ainsi d'une façon régulièrement progressive.

Dans la migraine, l'orateur a obtenu avec ce régime trois succès.

M. Le Gendre fait remarquer que M. Huchard a depuis longtemps préconisé ce régime intermittent pour combattre la dyspnée toxi-alimentaire chez les sujets ne supportant pas longtemps le régime lacté.

M. Camescasse ne pense pas soulever à ce sujet une question de priorité : il a simplement voulu attirer l'attention sur l'efficacité de ce régime. S'il a choisi deux jours consécutifs de régime lacté sur sept, c'est qu'il a pu reconnaître qu'il faut ce temps aux glandes de l'économie pour éliminer les toxines.

M. Camescasse fait une autre communication concernant le *traitement de la pustule maligne*. Depuis 1898, il traite la pustule charbonneuse par l'incision large, en croix, suivie de l'application en permanence de compresses imbibées d'une solution de bicarbonate de soude. Dans ces derniers temps, il a modifié son procédé. Aussitôt après l'incision, il arrose la plaie avec 10 ccm. environ d'eau oxygénée. Grâce à cette pratique, il a pu abréger encore la durée de l'affection et modifier son pronostic. En ce moment, il soigne une malade, atteinte de pustule maligne très grave du menton, chez laquelle il a dû renouveler trois fois les applications d'eau oxygénée. Aujourd'hui, l'amélioration s'est enfin affirmée.

Les effets immédiats de l'eau oxygénée sont remarquables, et frappent vivement le malade fort préoccupé de l'aspect de sa lésion et connaissant la gravité de son cas. La pustule perd de son aspect caractéristique pour prendre une coloration rosée, l'eschare se limite en quelques heures et se détache. Si, après cette intervention, on fait pendant 24 à 36 heures des applications de compresses au bicarbonate de soude, l'état général s'améliore et le malade se déclare guéri, avant même que l'état local ne soit assez amélioré pour qu'on puisse parler de guérison.

Anciennement, l'orateur traitait les pustules malignes par les injections iodées ou phéniquées : ces injections n'avaient aucune action sur l'état général, qui restait mauvais.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

Tétanos guéri par des injections d'acide phénique, par ENRIQUEZ et BAUER (*Société Médicale des Hôpitaux*, 20 décembre 1901). — Chez une femme atteinte de tétanos grave, généralisé, à marche rapide, avec accidents bulbaires (dissociation de la température et du pouls, crises de dyspnée, vomissements, etc.) et traitée sans résultat, pendant les quatre premiers jours, par des lavements de chloral et des injections de sérum antitétanique, MM. Enriquez et Bauer eurent recours, durant deux jours, à des injections d'une solution d'acide phénique (4 cc. le premier jour, 6 cc. le second); puis, comme aucune rémission ne se produisait, on fit quotidiennement une saignée de 150 à 200 grammes suivie de deux injections de 200 grammes de sérum artificiel, additionné de 3 cc. de solution phéniquée à 2 0/0. Au bout de 2 jours, les contractures ayant presque disparu, on supprima la saignée et l'on se contenta des injections phéniquées. La guérison complète survint.

Cette observation semble prouver qu'en dépit des résultats expérimentaux défavorables obtenus par MM. Courmont, Doyon et Josias, il est rationnel d'employer les injections d'acide phénique dans tous les cas de tétanos grave.

G. LYON.

L'iode par voie buccale et en injections hypodermiques dans le traitement de la fièvre typhoïde, par A. CAVAZZANI et P. LUCCHEZINI (*Il Morgagni*, n° 8, 1901). — Les nombreux médicaments proposés sans grand succès dans le traitement de la fièvre typhoïde et la tendance moderne de recourir à la sérothérapie ont fait négliger par les praticiens quelques substances qui peuvent cependant donner de très bons résultats. CAVAZZANI et LUCCHEZINI, de Pise, donnent dans leur travail les résultats obtenus sur 140 typhoïdiques avec l'emploi de l'iode. Ils confirment en tous points les idées jadis exposées par d'autres auteurs.

L'iode exerce de très bons effets sur l'allure générale de la maladie: il combat la tendance aux entérorrhagies et aux autres complications, si fréquentes dans cette affection. Ces résultats sont certainement dus à l'absence de dépression nerveuse, d'origine toxique, qui est caractéristique pour les malades traités par l'iode: chez eux les troubles du système nerveux (délire, tremblements fibrillaires, assoupissement, coma), sont très rares.

La température est de même influencée par ce traitement; elle ne monte jamais à un degré trop élevé et tombe assez rapidement si on commence la cure à un moment où la maladie est déjà en pleine évolution: on observe toujours une descente très régulière par lysis. Les malades maigrissent moins et ont une très courte convalescence.

Les auteurs expliquent les résultats obtenus par l'action antitoxique bien connue de l'iode: ils admettent en même temps qu'une certaine action antiseptique des voies intestinales doit se manifester.

En général, ils préfèrent administrer l'iode par la bouche et réservent la voie hypodermique aux cas déjà avancés ou présentant un caractère de très grande gravité. Dans le premier cas, on emploie la solution iodoiodurée ci-dessous:

Iode métalloïde.....	7	grammes
Iodure de potassium...	70	—
Eau distillée.....	100	—

La dose est pour les adultes de XX gouttes par jour, dissoutes dans 400 grammes d'eau avec une petite quantité de sirop; on peut aussi les administrer dans du lait. Pour les enfants, la

dose est de 3-4 gouttes, tous les jours, selon l'âge.

Pour les injections hypodermiques, on peut formuler:

Iode métalloïde.....	1	grammes
Iodure de potassium...	10	—
Gaïacol.....	20	—
Glycérine neutre.....	100	—

Ces injections sont très bien tolérées, à la dose de une demi à une seringue de Pravaz par jour; on peut même augmenter jusqu'à deux seringues. Les auteurs n'ont jamais observé de phénomènes d'iodisme; ils ont aussi prescrit des petites quantités d'antipyrine, pour calmer les douleurs et la courbature, sans produire les moindres troubles de la sécrétion rénale.

L'unique défaut de cette médication est de ne pas empêcher les rechutes. La médication iodurée n'est du reste pas spécifique, et il faut observer en l'appliquant toutes les règles hygiéniques et diététiques ordinaires.

A.-L. Percival.

La perforation intestinale typhique (diagnostic et traitement), par Noel Mauger (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 29 décembre 1901). — La question de l'intervention opératoire dans les perforations intestinales de la fièvre typhoïde est toute d'actualité. Elle a donné lieu à de nombreuses discussions à la Société médicale des Hôpitaux et à la Société de Chirurgie. L'auteur lui a consacré lui même une très importante monographie; il résume l'état actuel de nos connaissances à ce sujet dans cette revue générale.

Tout d'abord, peut-on éviter la perforation? Il est un certain nombre de précautions qu'il faut prendre chez les typhiques: la balnéation froide en tant qu'agent anti-infectieux est un des meilleurs moyens prophylactiques. L'alimentation liquide doit être prolongée pendant très longtemps; elle doit être continuée, d'après Merklen, pendant les quinze jours au moins qui suivent l'abaissement thermique. Un simple écart de régime, l'ingestion de pain, suffit pour amener des accidents. Des lavements maladroitement prescrits, des purgatifs intempestifs peuvent en être la cause en exaltant le péristaltisme intestinal. Il en est de même de la promenade intempestive du typhique vers son bain, qui nécessite toujours des efforts et de la fatigue.

Quand la perforation est survenue, le traitement médical se montre impuissant. Il se borne à la cessation des bains, à la glace intus et extra et à l'emploi des opiacés. La mort est la règle (95 0/0 des cas). Combien plus satisfaisants relativement sont les cas traités chirurgicalement, qui donnent 23 0/0 de guérisons. Ce traitement est d'ailleurs justifié par les considérations suivantes: 1° la perforation est habituellement unique; 2° le point perforé a presque toujours été trouvé dans les opérations; 3° le chirurgien sait à peu près où il trouvera la lésion; 4° l'accolement des tissus se fait très rapidement. Les arguments que l'on a opposés au traitement chirurgical sont: le mauvais état du patient, la possibilité de perforations multiples. En tout cas, il est un point qui est hors de doute, c'est la nécessité d'un diagnostic précoce. Les signes qui permettront de poser celui-ci sont l'existence de la douleur, l'élévation brusque du pouls devenu dépressible, le faciès, le tympanisme abdominal; la disparition de la matité hépatique signalée dans plusieurs observations est un bon signe, elle est due au refoulement du foie par l'issue des matières et des gaz. Les frissons et les vomissements sont tardifs.

Si l'intervention est décidée, il faut qu'elle soit précoce et courte; on se montrera parcimonieux des anesthésiques. Si la perforation siège au niveau de l'appendice ou du diverticule de Meckel, la résection s'impose; mais dans tous les autres cas, la suture est préférable, elle sera séroséreuse à la Lembert.

Le péritoine sera lavé à l'eau bouillie ou au sérum, enfin le drainage sera établi avec soin. Après l'opération, le malade sera soumis aux injections de sérum, on lui administrera du champagne.

P. Sainton.

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la faculté de Médecine.

La cure de pommes de terre dans les diabètes sucrés et les complications diabétiques, par A. Mossé (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 10 décembre 1901. — Les hydrates de carbone, si nécessaires à la nutrition des diabétiques, sont susceptibles d'augmenter l'hyperglycémie. Nombre d'auteurs défendent la pomme de terre aux diabétiques, surtout à l'étranger. Les recherches de Mossé l'ont conduit à cette conclusion que, dans les diabètes, la pomme de terre est non-seulement « un aliment permis, mais un aliment utile, qui peut être avantageusement substitué au pain, à doses élevées, suf-

fisantes pour maintenir l'équivalence de la ration alimentaire, c'est-à-dire en poids dans la proportion de 2 1/2 à 3 de pomme de terre pour un de pain. » Les premiers essais se montrèrent satisfaisants sur deux diabétiques arthritiques, puis sur deux diabétiques maigres; chez ces derniers, toute proportion gardée, les résultats furent plus manifestes que chez les premiers.

La quantité employée varie suivant les malades. L'auteur considérant comme à peu près exacte l'évaluation acceptée par Balland, qui considère que 3 kilogrammes de pommes de terre contiennent en matières azotées et amylacées l'équivalent d'un kilogramme de pain blanc ordinaire. En donnant un poids de pomme de terre trois fois supérieur à celui du pain, on donne six fois plus d'eau et trois fois plus de sels ou de substances minérales. Les pommes de terre introduisent ainsi une grande quantité de potasse, qui d'après Mossé, jouerait un rôle dans l'action favorable de ces aliments sur le diabète. L'inefficacité de ce régime ne s'est révélée qu'une seule fois.

P. Sainton.

De l'action de l'alcool sur les échanges nutritifs chez l'homme. (Om alkoholens invarkan pa amnesomsattningen hos menniskan), par A. Clopatt (*Finska Lakaresallskapets handlingar*, Helsingfors, octobre 1901). — Les opinions des auteurs au sujet du rôle de l'alcool dans l'économie sont fort divergentes. L'alcool est-il brûlé dans l'organisme? S'il l'est, sa combustion empêche-t-elle celle d'autres éléments chimiques? Les recherches faites relativement à l'excrétion de l'acide carbonique, toutes choses égales d'ailleurs, avant et pendant l'administration d'alcool, portent à attribuer à ce corps une certaine valeur nutritive. L'auteur s'est posé comme but de rechercher dans quelle mesure les éléments dont l'alcool empêche la destruction sont des corps azotés ou des substances non azotées. Les intéressantes recherches du laboratoire, dont il donne le détail, lui montrent que l'alcool a fait augmenter la désintégration des albumines pendant les cinq premiers jours d'administration d'alcool; le contraire se produisait ensuite, et, pendant les six derniers jours de l'expérience, l'alcool épargnait les éléments azotés.

Cette action d'épargne ne s'étend donc pas seulement aux substances non azotées, mais même à l'albumine. L'action de l'alcool sur la résorption intestinale semble nulle.

R. Wybauw.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux.

Corps étranger de l'œsophage (dentier); **œsophagotomie externe : guérison**, par M. L. Labbé (*Gazette des hôpitaux*, 14 décembre 1901). — Homme de 35 ans, qui avait avalé la nuit une pièce dentaire. Douleurs extrêmement vives à la base du cou, et, dans la suite, suffocation violente, aggravée par le vomitif qui lui fut administré sans succès. M. Labbé fit, dans les 14 heures, des tentatives d'extraction du corps étranger. Il releva sa situation, avec un cathéter spécial, à peu près à l'union de la septième cervicale et de la première dorsale, et tenta de l'extraire par les voies naturelles, mais ne put y parvenir. L'œsophagotomie externe fut décidée et faite 17 heures après la déglutition, sous le chloroforme. Il évita de se servir de sonde conductrice, pour ne pas risquer de faire descendre le corps étranger du côté de l'estomac. La trachée fut mise à découvert du côté gauche, puis le bord gauche de l'œsophage, reconnaissable à la direction de ses fibres. Celui-ci fut ouvert au bistouri, sans qu'on ait pu sentir le dentier. Il fallut inciser sur 4 centimètres de longueur, pour pouvoir arriver à saisir et à extraire cette pièce dentaire dont les dimensions transversales atteignaient 5 centimètres. Le malade fut alimenté par la sonde nasale; après une fistulisation de la plaie œsophagienne, suturée sur toute sa longueur, la cicatrisation fut obtenue en faisant pencher le malade du côté opposé au moment des repas. Seize jours après, il sortait guéri. Voici les conclusions suggérées à l'auteur par ce dernier cas.

1° Éviter de commencer par donner des vomitifs;

2° Ne pas insister outre mesure sur les tentatives d'extraction par la bouche;

3° Le corps étranger repéré, faire le plus tôt possible l'œsophagotomie externe. La partie de l'œsophage correspondant à la région thoracique est généralement accessible au moyen d'une pince courbe.

Avant le 3e jour, suivant les statistiques, la mortalité post-opératoire est plus faible qu'elle ne l'est après cette période.

4° La sonde conductrice œsophagienne n'est pas indispensable et comporte quelques dangers.

5° Les *sutures* de l'œsophage peuvent être bornées à la *muqueuse*; la contraction des parois favoriserait la section des sutures musculaires.

6° La sonde naso-pharyngo-œsophagienne est bien supportée à demeure et permet une cicatrisation rapide, que la sonde fixée dans la plaie retarde.

7° Il serait très dangereux, à cause de la menace de phlegmons profonds du cou, de ne pas drainer la plaie jusque sur l'œsophage.

Or, la meilleure façon de drainer est de réunir les catguts qui ont servi à la suture pour conduire les sécrétions au dehors.

A. Benoit.

Deux cas de duodénostomie par M. Routier (*Société de chir.*, 18 décembre 1901). — Lorsque le pylore est obstrué, il peut y avoir indication de pratiquer une bouche duodénale. Il en est ainsi lorsque, par exemple, l'estomac se trouve hors d'état de recevoir les aliments par suite de son ulcération par des liquides caustiques ingérés, ou par déformation cicatricielle. M. Hartmann avait récemment communiqué des essais de ce genre. M. Routier l'a déjà pratiqué en 1889. La première boutonnière duodénale qu'il créa, très près du pylore, permit l'introduction d'une sonde; mais la malade succomba à une péritonite localisée, consécutive à une ulcération de la paroi postérieure de l'estomac. Il eut occasion de créer une seconde fois une bouche pyloro-duodénale qui fonctionna bien.

A. Benoit.

Etranglement causé par le diverticule de Meckel, par W. Sheen (*Bristol Medico-chirurgical Journal*, décembre 1901). — On sait que le conduit omphalo-mésentérique qui s'oblitère habituellement vers la huitième semaine de la vie fœtale, est assez sujet à persister, sous forme de diverticule intestinal qui vient s'implanter sur la dernière partie de l'iléon et ne donne guère de signes de sa présence en dehors des accidents. C'est à l'occasion, chez l'enfant, d'un cas pathologique de ce genre que l'auteur a fait des recherches sur les variétés de cette anomalie. Son cas, assez curieux, nous représente l'étranglement de plusieurs anses intestinales à travers un anneau du mésentère de ce diverticule. Ce cas, croit-il, est unique dans la science. Il arrive aussi que ce diverticule vienne s'ouvrir à l'ombilic, ou tout près de cet orifice, ou soit simplement relié à la région ombilicale par un cordon plein, succédant à l'anse diverticulaire. Ici, sortant de l'abdomen, existait un petit *polype ombilical*, légèrement canalisé à son centre, et secrétant par sa surface, d'aspect muqueux, un liquide très analogue au suc entérique. L'ablation de ce polype n'empêcha pas, naturellement, un étranglement interne de se produire et l'enfant mourut.

L'intérêt chirurgical de cette observation réside dans ce fait que l'on doit songer à la persistance du diverticule perméable jusqu'au bout, lorsqu'on se trouve en présence d'une fistule stercorale ombilicale chez l'enfant ; car des cas d'obstruction tels que ci-dessus ne pourront jamais être soupçonnés, et ne sont reconnus qu'à l'opération.

A. Benoit.

Cholécystotomie pour calculs biliaires, par C. L. Gibson (*New-York Medical Journal*, 30 novembre 1901). — L'auteur admet que la production des calculs biliaires n'est pas primitive, mais qu'elle est consécutive à la cholécystite. Il a été démontré que les calculs biliaires ne se forment point dans une vésicule bien drainée. Mais ce mode de traitement n'est suivi de ce résultat qu'à condition que la vésicule reste aseptique; il a, en outre, le désavantage d'être suivi d'une fistule biliaire et muqueuse persistante. Aussi l'auteur est-il partisan d'une opération plus radicale, que l'on emploie quand il s'agit de maladies d'autres organes (pyosalpiux, appendicite) : c'est l'ablation de la vésicule biliaire, qui est en même temps curative, puisqu'elle supprime les attaques ultérieures. Bien entendu, elle doit être réservée à des cas bien délimités; mais elle a de grands avantages sur la cholécystotomie avec drainage.

P. Sainton.

Ponction spinale, par Angus Mc Lean (*Detroit Medical Journal*, vol. 1, n° 5 1901). — L'auteur rappelle que la région lombaire du canal rachidien sert aujourd'hui à appliquer trois ordres de méthodes différentes :

a) L'anesthésie par la cocaïne en injections subarachnoïdiennes. A cet égard, il déclare que Léonard Corning, en 1885, l'a préconisée bien avant Bier et Tuffier. (Nous doutons que l'on soit très empressé aujourd'hui de disputer cette paternité au chirurgien Américain).

b) Ponction spinale pour extraire du liquide cérébro-spinal.

c) Enfin la *méthode épidurale*, ou *extra-durale*, qui a été instituée par Cathelin et Sicard en France, Corning en Amérique.

Celle-ci est de date récente. Elle a pour objet de déposer dans l'espace compris entre les parois osseuses du canal vertébral et la dure-mère, des substances médicamenteuses diverses que le riche réseau veineux rachidien est apte à absorber rapidement.

Le lieu d'élection de la ponction serait un petit espace triangulaire sensible au doigt, à deux pouces et demi au-dessus de la pointe du coccyx.

A. Benoit.

Faits de pratique courante de petite chirurgie, par Gersuny (*Doctorencollegium de Vienne*, 2 décembre 1901). — *Furoncle*. Dans le premier stade, alors qu'il n'existe que de la rougeur avec exsudation périfolliculaire séreuse, il faut introduire un scalpel dans la profondeur et vider la poche à la curette tranchante. On obtient ainsi une cavité cylindrique que l'on bourre de dermatol. Par-dessus, un pansement à l'acétate d'alumine. Quand le stade de suppuration est atteint, on se sert de la curette sans incision préalable. Pansement aussi sec que possible.

Panaris. — Incision précoce, curettage après anesthésie au chlorure d'éthyle.

Brûlures. — Application de pommades à l'acide borique ou au nitrate d'argent, étendues sur une feuille de taffetas gommé.

Ongle incarné. — Introduction d'un pansement entre l'ongle et les chairs : si l'extirpation de l'ongle est devenue nécessaire, on badigeonne la plaie avec une solution de potasse caustique.

E. Vogt.

Quelques observations de fractures traitées par le massage, par Roux (*Revue de Cinésie*, 20 janv. 1902). — L'application du massage au traitement des fractures n'est point chose nouvelle; il est devenu d'une pratique assez courante depuis un certain nombre d'années.

L'auteur procède de la façon suivante:

Après avoir reconnu le siège de la fracture, nettoyé le membre, aseptisé la plaie si elle existe, et opéré la réduction, il place le membre dans une gouttière en fil de fer large et peu profonde, dont l'intérieur est garni d'ouate recouverte de compresses imbibées d'eau blanche. Cette gouttière, où le membre ne subit aucune compression, a simplement pour but de s'opposer aux grands mouvements.

Ces précautions une fois prises, il procède immédiatement à une première séance de massage de bas en haut, avec la pulpe du doigt d'abord, puis avec la main entière en entourant le membre et en évitant le trait de fracture — la douleur éprouvée par le malade sert de régulateur.

En principe, le massage doit être fait assez légèrement pour ne point provoquer de douleur.

Après avoir massé le membre, il le recouvre de compresses imbibées d'eau blanche et le tout d'ouate : si le malade paraît susceptible de trop d'agitation, il place la gouttière sur un oreiller et attache le tout avec une bande peu serrée.

Ces séances de massage sont renouvelées deux fois par jour pendant un quart d'heure environ : dès que la consolidation commence à s'opérer, c'est-à-dire du 8e au 15e jour suivant les cas, il masse les articulations voisines du siège de la fracture et commence à leur imprimer des mouvements étendus.

Ce traitement paraît excellent pour les fractures épiphysaires, ou situées au voisinage des articulations. Le procédé du massage a certainement l'avantage de hâter considérablement la guérison, de faire disparaître rapidement le gonflement et la douleur et surtout d'éviter les ankyloses des muscles et des articulations au voisinage des fractures, ankyloses si souvent longues à disparaître après l'immobilisation dans un appareil plâtré. Par contre, ce procédé paraît moins bon dans les fractures du corps des os, expose à des pseudarthroses et à des cals fibreux, et donne presque toujours un cal volumineux, quelquefois même difforme. De plus, il a le grave inconvénient dans la clientèle de ne pouvoir être employé que chez les malades logés à proximité du médecin et auxquels ce dernier peut consacrer chaque jour un temps assez considérable.

En résumé, sans l'appliquer d'une façon systématique dans tous les cas de fractures, l'auteur le considère comme un procédé de choix toutes les fois que son emploi est possible.

E. Vogt.

Action hémostatique de l'extrait de capsule surrénale (*The British med. Journal*, 23 nov. 1901) — Thellwall Thomas rapporte deux observations, qui démontrent que l'extrait de capsule surrénale exerce une action efficace dans des cas rebelles à tous les autres traitements hémostatiques.

1e cas. Enfant de 13 mois, qui se fait en tombant une déchirure de la lèvre supérieure allant jusqu'à la joue. Pendant trois jours, malgré toutes les précautions prises, l'hémorragie recommence de temps en temps. L'auteur, auquel l'enfant est présenté le 3e jour, applique sur la plaie de la gaze imprégnée d'extrait de capsule surrénale en poudre : en même temps, l'enfant prend toutes les 4 heures 0,05 centigr. d'extrait à l'intérieur. L'hémorragie cesse définitivement, le pansement est enlevé 2 jours après. La plaie commence à se couvrir de bonnes granulations.

2e cas. Hémophile de 23 ans, s'étant blessé, six semaines avant l'examen, à la base de l'index gauche. Hémorragie profuse qu'un pansement compressif parvient à arrêter, mais qui recommence à chaque changement de panse-

ment. Au moment de l'examen, le malade est très affaibli : on enlève le pansement et on saupoudre la plaie avec de l'extrait de capsules surrénales : par-dessus, un pansement à la gaze au cyanure. A l'intérieur, le malade prend toutes les 4 heures 0 gr. 25 d'extrait. Le lendemain, on change le pansement sans incident, et l'on continue pendant 15 jours à appliquer l'extrait. Pas de nouvelle hémorragie.

E. Voet.

Narcose générale au chlorure d'éthyle, par A. Helsted (*Universel Klorœtylnarkose*). Bibliotek for Laeger, VIII, 3, 1 ; janvier 1902 (Copenhague). — Ce travail comporte d'abord une étude générale, assez étendue, de l'anesthésie au chlorure d'éthyle ; la bibliographie a été étudiée par l'auteur d'une manière fort complète. La période d'excitation pendant la narcose par ce corps est réduite à un minimum ; elle est remplacée par un phénomène typique, la période de « tension musculaire », pendant laquelle se produisent non seulement de la rigidité musculaire, mais encore certains mouvements, et un état qui rappelle la catalepsie. On peut opérer dès ce moment, et il n'est pas nécessaire d'attendre toujours la suppression des réflexes. La narcose est courte (au maximum 20 minutes), elle ne donne pas lieu à l'apparition d'albumine dans l'urine. Les dangers semblent minimes, même chez des cardiaques et des tuberculeux. L'éveil est rapide et agréable. On a décrit pourtant quelques cas de cyanose et de collapsus, et Lotheisen (Innsprück) a eu un cas de mort, ce qui porte la proportion des décès à 1 sur 3.000 narcoses publiées.

Après avoir étudié en détail la technique et les appareils qu'il y a lieu d'employer, l'auteur rend compte de son expérience personnelle, recueillie dans le service du Pr Tscherning. L'ouverture de la cavité péritonéale est une contre-indication à l'emploi du chlorure d'éthyle, parce qu'il est impossible d'éviter tout mouvement de l'opéré.

Pour les petites opérations (panaris, etc.), les curettages, les débridements, etc., l'anesthésie ou chlorure d'éthyle offre des avantages. Il en est de même dans les cas où la narcose est nécessaire pour permettre un examen. Le chlorure d'éthyle peut rendre des services en obstétrique, mais il ne semble pas que son usage doive se généraliser : le chloroforme suffit et le nouvel anesthésique n'offre aucun avantage. De sorte que, en résumé, l'anesthésie au chlorure d'éthyle peut être utile dans certains cas particuliers, mais ses indications semblent plutôt limitées.

R. Wybauw.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Médecin des hôpitaux

Traitement de l'angine de Vincent par le bleu de méthylène, par Chauffard (*Société médicale des Hôpitaux*, 27 décembre 1901. — Chez une femme présentant une angine de Vincent typique : ulcération chancriforme fétide, fièvre élevée, adénopathie très douloureuse (avec spirilles et bacilles fusiformes). trois applications de bleu de méthylène chimiquement pur amenèrent la guérison complète. Ce traitement, recommandé par M. Siredey, a une telle efficacité qu'il peut servir de critérium thérapeutique dans les cas difficiles où une angine de Vincent simule un chancre de l'amygdale.

G. Lyon.

Les lavages intestinaux à l'eau oxygénée par Roger (*Presse Médicale*, n° 1, p. 7, 1902). — M. Roger emploie depuis assez longtemps les lavements d'eau oxygénée, dont M. Rocaz a vanté récemment l'efficacité dans le traitement de la dysenterie aiguë des enfants. L'eau oxygénée a le double avantage d'être fortement antiseptique et d'être bien supportée par les tissus. Pour la neutraliser, on peut la mélanger avec son volume d'une solution de bicarbonate de soude à 4 0/000, ou bien faire verser, au moment de s'en servir, 100 c. cubes d'eau oxygénée à 12 volumes dans 900 c. c. d'eau bouillie contenant 5 gr. de chlorure de sodium, 3 gr. de phosphate de soude et 0 gr. 5 de bicarbonate de soude. On obtient ainsi un mélange légèrement alcalin, qu'on administrera suivant les règles admises pour les lavages intestinaux.

M. Rocaz conseille de donner, au préalable, un lavement évacuateur. Il utilise l'eau oxygénée diluée dans cinq fois son volume d'eau distillée.

On peut pratiquer par jour de un à trois lavages.

On fera passer chaque fois un demi-litre ou un litre de liquide.

En général, les lavages sont bien supportés. Cependant, s'ils déterminaient des contractions douloureuses, on diminuerait les doses.

M. Roger a utilisé l'eau oxygénée dans la colite dysentériforme. Les résultats ont été surprenants chez un malade traité sans succès depuis quinze jours par différents moyens, notamment par les lavages au permanganate de potasse, qui réussissent généralement bien. Après deux lavages à l'eau oxygénée, les douleurs, très violentes, avaient disparu et les selles avaient diminué de nombre : 2 au lieu de 12 à

15; en même temps les matières perdaient leur caractère spécial et la fièvre était tombée. Après quatre jours de traitement, les accidents avaient disparu.

La méthode est indiquée dans tous les cas où existent des putréfactions exagérées du gros intestin. On pourrait aussi, en tenant compte de ses propriétés hémostatiques, utiliser l'eau oxygénée contre les hémorragies qui prennent naissance dans cette dernière portion du tube digestif.

L'eau oxygénée donne également des résultats assez encourageants dans la colite muco-membraneuse. Elle favorise l'issue du mucus; elle réveille la contractilité des muscles intestinaux et tend ainsi à diminuer la dilatation intestinale; enfin elle combat la putréfaction et diminue la fétidité des matières. Deux ou trois lavages par semaine suffiront.

G. Lyon.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine

Traitement curatif et prophylactique de la phtisie, par Courtoux (*Bull. gén. de thérapeutique*, 15 nov. 1901). — L'auteur considère que, sans fatiguer le tube digestif du phtisique de médicaments souvent indigestes, il y a mieux à faire que de recommander les seuls soins hygiéniques ou le séjour dans les sanatoria, méthode dispendieuse, accessible à un minimum de malades. Le traitement de l'auteur, praticable sous tous les climats, accessible à tous, est destiné à détruire sur place les bacilles ou à annihiler leur virulence.

Les médicaments ne doivent pas être administrés par le tube digestif, mais diffusés dans l'atmosphère de la chambre à coucher. La désinfection du logis à doses cliniques ne saurait être interrompue que pendant l'absence du malade : aussi, pour éviter l'accoutumance et l'intolérance, quand le sujet ne quitte pas sa chambre, faut-il varier la médication.

L'auteur, après avoir dissous les remèdes dans l'alcool, remplit de cette solution une cuiller en fer, et, la tenant par le manche, y mit le feu au moyen d'une allumette. Une fumigation de ce genre, chaque soir, suffit en général pour toute la nuit. On commencera par le mélange suivant :

Créosote de hêtre....	20	grammes
Essence d'eucalyptus.	3 à 5	—
Alcool.....	150	—

Us. Ext.

Quand la médication commence à provoquer de la sécheresse de la toux et de la difficulté dans l'expectoration, on en cesse l'usage ou on alterne son emploi avec :

Acide lactique.....	20	grammes
— acétique.....	10	—
— benzoïque.....	10	—
Alcool.....	150	—

Us. Ext. Une, deux ou trois fumigations chaque nuit. Ces acides facilitent l'expectoration.

E. Vogt.

Paracentèse pour péricardite rhumatismale (*Soc. libre des chirurgiens de Berlin*, 11 nov. 1901). — Il s'agit d'un jeune garçon atteint, au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, de péricardite avec épanchement considérable, dyspnée intense et tachycardie. Le Pr Rose fit une incision dans le quatrième espace intercostal (narcose à l'éther, peu profonde). La plaie cutanée est laissée ouverte : le pansement à la gaze antiseptique est entièrement imbibé de sérosité dès l'après-midi. La plaie se ferme le 24e jour.

E. Vogt.

Contribution à la pharmacologie du cœur (Bijdrage tot de pharmacologie van het hart), par J. Boeke (*Dissert.*, Amsterdam 1901). — L'auteur s'attache d'abord à l'étude de l'action de l'alcool éthylique sur le cœur; ses expériences furent faites sur des grenouilles (r. temporaria). Les vapeurs d'alcool amènent un arrêt en diastole, qui cesse et fait place à une action cardiaque normale lorsque les vapeurs cessent d'agir. L'alcool agirait en excitant le nerf pneumogastrique : cette action est faible, le cœur du batracien et celui du mammifère semblent peu sensibles à ce toxique. Sur le cœur isolé du mammifère, l'action excitante fait presque défaut.

La muscarine fut étudiée également par l'auteur, qui combat la théorie de Schmiedeberg, d'après laquelle la muscarine agirait exclusivement en excitant les centres d'arrêt. D'après lui, la muscarine diminue la conduction de l'onde de contraction dans la fibre musculaire et affaiblit celle-ci. (L'auteur se rattache à la théorie myogène des mouvements du cœur, plus particulièrement à celle d'Engelmann).

Un cœur intoxiqué par la digitaline finit par se trouver dans un état de dyastole continue, ce qui serait dû à une « action chronotrope négative », pour suivre la nomenclature d'Engelmann. L'affaiblissement de la contraction est plus ou moins compensé par le fait que les contractions sont plus espacées. Si ce ralentissement est peu marqué, la diminution de la conductibilité de la fibre musculaire pour

l'onde de contraction prend le dessus et c'est ainsi que s'établit alors un rythme couplé ou irrégulier. Au bout d'un temps assez long, l'arrêt diastolique devient systolique.

R. Wybauw.

Effet de l'application des vibrateurs sur les organes de circulation. (Om invarkan pa cirkulationsorganen af med vibratorut forc vibrering) par Max Björkstén (*Finska Lakaresallskapets handlingar, Helsingfors*, octobre 1901). — La méthode des vibrations joue un rôle considérable dans la gymnastique suédoise et la gymnastique Zander. L'auteur a étudié son action sur les animaux et il a constaté une augmentation de la pression sanguine, que la section de pneumogastrique n'empêche pas de se produire. Après la section de la moelle épinière, au contraire, l'effet de la vibration ne se produit pas. L'augmentation de la pression dépendrait, d'après l'auteur, d'une contraction des artères par un reflexe prenant son origine dans les nerfs cutanés.

R. Wybauw.

Bandage destiné à faire disparaître l'œdème des membres inférieurs chez les cardiaques, par le Dr Fornaco (*Rivista Critica di Clinica Medica*, n° 50, 1901). — On est souvent obligé, quand on soigne des cardiaques en pleine asystolie, d'aider le traitement médicamenteux par des moyens mécaniques, tels que les sudations, les scarifications, tantôt multiples et superficielles, tantôt peu nombreuses et profondes. On oublie toutefois presque toujours une méthode excellente et très simple : l'application d'un bandage compressif sur les membres.

Le Dr Fornaco, de Turin, insiste sur cette méthode de traitement. Il suffit d'appliquer des bandes de flanelle sur les membres inférieurs, en commençant aux extrémités digitales, où le bandage sera très serré, et en remontant jusqu'à la base de la cuisse, où le bandage sera très lâche. Les extrémités doivent être maintenues relevées.

Dans les commencements de la cure on maintiendra très peu de temps le bandage, pour apprécier la résistance du malade ; plus tard, on augmentera le nombre et la durée des applications.

On obtient très rapidement de très bons effets thérapeutiques : ils consistent en une augmentation marquée de la diurèse et de la quantité d'urée contenue dans les urines, diminution et disparition parfois complète de l'albuminurie ; les œdèmes cèdent en même temps assez rapidement, la pression artérielle remonte et le pouls se régularise.

On n'obtient cependant pas toujours de si bons effets ; la méthode est contre-indiquée si le cœur est trop gravement atteint. Les effets sont meilleurs, selon l'auteur, dans les cardiopathies d'origine mitrale que dans les cardiopathies aortiques : ils ne se maintiennent pas longtemps dans les myocardites.

A.-L. Percival.

Maladies du Système nerveux

Dr P. Sainton

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement des affections nerveuses par les albuminoïdes bromés (eigones bromées) (*Therap. Monatshefte*, janvier 1902). — Silberstein reprend l'étude des eigones bromées, dont il a été parlé dans cette Revue (*v. p. 212*, 1901). On obtient la peptone bromée et l'eigone bromée en faisant agir une solution alcoolique de bromure d'éthyle sur une solution aqueuse d'albumine. Ces produits ont l'aspect d'une poudre brun clair, d'odeur douceâtre spéciale et de goût douceâtre et salin à la fois. La peptone est seule soluble dans l'eau : sous l'influence de l'humidité atmosphérique, elle prend un aspect sirupeux. L'eigone est facilement décomposable.

Les deux préparations contiennent 11 0/0 de brome non décelable par les réactifs ordinaires. On sait que les bromures alcalins contiennent entre 60 et 80 0/0 de brome, mais ils passent bien plus rapidement à travers l'organisme que les albuminoïdes bromés, qui ne donnent pas lieu à des accidents de bromisme, même à doses élevées. Il est probable que, pour ces derniers, la dissociation de la molécule se fait difficilement dans l'économie.

La peptone bromée a donné, entre les mains de l'auteur, d'excellents résultats dans le traitement de la chorée. Dans un cas de ce genre, suite de rhumatisme compliqué d'endocardite, les bromures alcalins provoquèrent des troubles dyspeptiques tels qu'il fallut renoncer à leur emploi. La peptone bromée fut au contraire fort bien tolérée et put être administrée jusqu'à guérison de la chorée (pendant six semaines).

Dans un autre cas, il s'agissait de tétanie au cours d'une grossesse. Deux grossesses antérieures s'étaient terminées par avortement ; dans une troisième, on fut obligé de pratiquer l'avortement artificiel, les troubles choréiformes ayant dans les 3 cas résisté à tout traitement. Pour la quatrième grossesse, le traitement par la peptone bromée fut instituée au 5e mois :

actuellement (8e mois), la tétanie a entièrement disparu.

Dans les convulsions de l'enfance, la peptone bromée en lavements donne d'excellents résultats : l'auteur n'indique pas les doses. Les tics ne sont pas influencés par cette médication.

L'effet hypnotique vrai est nul, mais ces produits agissent de même que les bromures alcalins, indirectement sur le sommeil en diminuant chez certains malades l'irritabilité nerveuse, cause de l'insomnie. Ils ne provoquent aucune céphalée au réveil.

On administrera de préférence l'eigone bromée en nature, à la dose d'une pointe de couteau à la fois. Pour la peptone bromée, une solution aqueuse à 20 0/0 est préférable : on l'administrera par gouttes ou additionnée de glycérine. Chez les enfants, on l'incorporera dans de l'extrait de malt (1 à 10 0/0 de principe actif).

E. Vogt.

Rapports existant entre le tabès et le traitement par le mercure (*Société Silésienne*, 13 décembre 1901). — Neisser fait remarquer, à propos du tabès, que la syphilis ne joue pas un rôle aussi grand dans l'étiologie du tabès que les statistiques ne semblent le démontrer. Comment expliquer que dans des pays aussi infestés de syphilis que la Bosnie, l'Herzégovine, la Dalmatie, certains districts en Russie, le tabès soit inconnu ? Et cependant le tertiarisme est très fréquent dans ces pays : une chose les distingue du reste de l'Europe, c'est que le traitement spécifique, surtout le traitement hydrargyrique, y est pour ainsi dire inconnu. Il n'est donc pas étonnant de rencontrer l'opinion (Ziegelroth, p. ex.) que le traitement hydrargyrique est la cause du tabès.

L'orateur ne partage pas cette dernière opinion : il a rassemblé dans la littérature 445 cas de tabès minutieusement décrits, dont 156 sans étiologie syphilitique et 57 0/0 sans traitement hydrargyrique préalable. Sur les 43 0/0 traités par le mercure, 4 0/0 seulement avaient suivi une cure vraiment sérieuse. Il n'y a donc pas lieu d'incriminer le mercure comme cause efficiente du développement de la sclérose des cordons postérieurs.

Tout au contraire, un traitement hydrargyrique conduit avec prudence (le malade ne doit pas perdre de son poids pendant le traitement) diminuera le nombre et l'intensité des crises de douleurs fulgurantes. En outre, on se trouvera bien des injections sous-cutanées d'iodipine.

Wernicke est d'accord avec l'auteur au sujet de l'influence étiologique négative du mercure, mais il croit, en revanche, que ce dernier médicament exerce sur l'évolution du tabès une action nocive : l'iodure, au contraire, peut rendre des services dans certains cas. La maladie est d'intensité fort variable ; l'intensité des douleurs fulgurantes domine le pronostic : si elles sont peu marquées, les malades peuvent rester tabétiques pendant 30 ans et davantage.

E. Vogt.

Le traitement par la suggestion dans la pratique courante (alcoolisme principalement), par Bonne (*Wiener Med. Presse*, n° 45, 1901). — Pour la réussite du traitement, les influences de milieu ont grande importance. Le praticien ne connaît pas assez les ressources de la psychothérapie, qui lui permettraient, dans bien des cas, de se passer de narcotiques, dont l'influence dépressive est considérable. On peut arriver aussi, par la suggestion, à supprimer le stade d'excitation de la narcose chloroformique, par exemple chez des vieillards ou des sujets affaiblis.

La psychothérapie devrait surtout jouer un rôle considérable dans le traitement de l'alcoolisme. Les alcooliques chroniques se trouvent dans un état parétique continu, qui facilite beaucoup l'influence suggestive.

E. Vogt.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr COURTADE

Ancien interne des hôpitaux

Cas de maladie de Ménière guéri par le courant galvanique, par Donath (*Société royale des médecins de Budapesth*, 19 octobre 1901). — L'auteur a placé la cathode (72 cm.²) sur la nuque, l'anode (5 cm. de diamètre) 5 minutes sur chacun des deux tragus. Courant de 2 à 5 mA.

Dès la première séance, le vertige, qui autrefois se montrait quotidiennement, disparut définitivement. On fit encore cinq séances pour consolider la guérison. Le malade avait auparavant consulté plusieurs spécialistes, qui n'ont jamais hésité sur le diagnostic et ont inutilement essayé diverses médications.

Deux mois plus tard, nouvel accès de vertige qui se renouvelle au bout de quinze jours. On fait à nouveau cinq séances de galvanisation, et depuis trois mois le vertige ne s'est plus manifesté.

L'auteur estime, en présence de ce résultat, qu'il y a lieu, chaque fois qu'on se trouve en

présence d'un cas de vertige de Ménière, de commencer par la galvanisation avant de recourir à tout autre mode de traitement.

Dans la discussion qui a suivi la lecture de cette observation, Sardo a émis l'opinion que le vertige de Ménière présente des exacerbations suivies de longues rémissions : il est probable que les séances de galvanisation ont coïncidé avec une rémission de ce genre.

Szenes estime avec le précédent orateur, qu'il serait prématuré de considérer le malade comme guéri, car, à la suite de modifications dans l'état local de l'oreille, atteinte d'otite moyenne catarrhale chronique, le complexus symptomatique peut brusquement reparaître.

E. Vogt.

Emploi de l'europhène au lieu de l'iodoforme dans les affections du naso-pharynx, et en particulier dans la laryngite tuberculeuse, par Leffingwell Hatsch (*Allg. med. Central-Ztg*, n° 86, 1901). — L'iodoforme en insufflations présente bien des inconvénients: il est inutile d'insister sur ceux qui incommodent d'ordinaire les malades; dans la région du naso-pharynx, il provoque, en outre, une sécheresse de la région traitée qui peut durer plus d'une heure après chaque intervention. Mais son action sédative, surtout en cas de laryngite tuberculeuse, est si remarquable que l'on continue à se servir de ce topique dans nombre de cas.

La solution éthérée d'iodoforme à 1 pour 4 constitue un progrès, en ce sens que l'odeur du médicament est ainsi masquée: en outre, la réfrigération due à l'évaporation rapide de l'éther contribue à rehausser l'effet analgésique de l'iodoforme. Mais, quel que soit l'artifice employé pour masquer l'odeur caractéristique du médicament, elle finit toujours par être perçue par l'entourage du malade.

L'iodure d'isobutylorthocrésol ou *europhène*, sur lequel l'auteur désire attirer l'attention comme succédané de l'iodoforme, présente lui aussi une odeur marquée, mais elle est loin d'être aussi tenace et pénétrante que celle de son congénère. Le produit est résineux et s'attache à la surface des plaies et des muqueuses; son poids spécifique est 5 fois moindre que celui de l'iodoforme. Ce sont là deux avantages appréciables, auxquels il faut ajouter l'absence de toxicité. L'europhène se dissout bien dans l'éther.

L'auteur, dans l'espace de 5 ans, a traité 1.458 malades atteints d'affections du larynx et du naso-pharynx par les applications d'europhène en solution éthérée concentrée (German West-Syde Hospital, New-York).

Il résulte de cette expérience que l'europhène remplace avantageusement l'iodoforme comme topique dans la tuberculose laryngée, car il arrive comme lui à calmer et même à faire disparaître la dysphagie et l'aphonie.

E. Vogt.

Le parachloropnénol et le menthorol dans le traitement de la tuberculose des voies aériennes supérieures (*Therap. Monatshefte*, janvier 1902). — Logucki s'est servi de solutions à 5 et 10 0/0 de parachlorophénol dans la glycérine, en badigeonnages intra-laryngés, dans 21 cas de tuberculose du larynx: 8 malalades ont été améliorés nettement, les autres n'ont pas éprouvé d'amélioration à la suite du traitement, ou seulement une amélioration passagère.

Beaucoup de malades ne peuvent supporter la médication, car le produit présente une odeur désagréable et provoque du ptyalisme. Mais cette impression disparaît souvent en cours de traitement.

Les badigeonnages provoquent une anémie et un léger œdème de la muqueuse; les points ulcérés, les granulations se recouvrent d'un enduit blanchâtre léger. Si l'état général est bon, les lésions de faible et moyenne intensité entrent en régression.

Pour obvier aux inconvénients graves du parachlorophénol, qui représente un topique digne d'attirer l'attention, l'auteur a fait préparer un mélange de menthol et de parachlorophénol, qui a reçu le nom de *menthorol* : c'est un liquide assez épais, d'odeur et de goût moins désagréables que le produit primitif. On se sert de solutions de menthorol glycérinées de 5 à 15 0/0 : elles sont beaucoup mieux supportées que les solutions de parachlorophénol, et l'auteur a l'intention de les expérimenter sur une grande échelle à l'avenir, car ses effets thérapeutiques sont les mêmes et les inconvénients paraissent nuls jusqu'ici.

E. Vogt.

Le chlorhydrate d'héroïne en applications locales, par le Pr Rosenberg (*Die Heilkunde*, novembre 1901). — L'auteur recommande l'héroïne en applications locales dans certaines affions laryngées; il ne faut jamais, dans ces cas, dépasser la dose limite de l'administration interne.

Actuellement, l'auteur se sert d'une solution aqueuse d'héroïne à 1:40, dont il emploie 0,2 cc. sans aucun inconvénient, pour arroser la muqueuse du larynx. Cette petite opération agit en calmant la toux et comme analgésique. L'effet est surtout remarquable dans les cas de toux sèche angoissante: il est obtenu en partie par

l'entremise des centres nerveux, mais une action analgésique locale s'exerce indubitablement. On peut s'assurer aisément de cette dernière action en touchant avec un instrument quelconque le point badigeonné quelques instants auparavant. Cet attouchement est alors beaucoup mieux supporté qu'avant le badigeonnage.

Dans la tuberculose laryngée, on arrive avec ces badigeonnages à supprimer pour près de 12 heures les accès de toux. La dysphagie est encore mieux calmée, et l'héroïne est ici nettement indiquée, car la morphine et la cocaïne sont dangereuses, et l'antipyrine, parfois, agit sur le cœur. Le menthol seul peut être comparé à l'héroïne dans ce rapport.

L'action de l'héroïne est cumulatrice, car les douleurs, qui ne cessent que pour quelques heures au début du traitement, disparaissent pendant des journées entières plus tard.

Il ne faut pas se contenter d'injecter dans le larynx, mais chercher à atteindre le point même où le réflexe prend naissance.

E. Vogt.

Notes prises aux cliniques berlinoises sur le diagnostic des otites moyennes purulentes chroniques et leur traitement, par le Dr Vernieuwe (*Ann. de la Soc. de Méd. de Paris*, 1901). — La constatation d'une otorrhée comme diagnostic ne suffit pas, il faut encore déterminer la forme, le siège de la perforation, l'état des osselets ou des parois de la caisse.

Du siège de la perforation on peut en déduire le point de départ de la suppuration (caisse, trompe, attique, antre).

Si la perforation est très, petite on la révèlera en faisant des aspirations avec le spéculum de Siegle, qui amènera une goutte de pus.

En règle générale : la perforation s'est formée là où la pression était la plus forte et au point où le tympan est le plus rapproché de la purulence. C'est ainsi que, dans l'otite chronique simple, la perforation se produit vers le centre du tympan, et n'en atteint jamais la périphérie. Dans les suppurations de l'attique, de l'antre, au contraire la perforation est périphérique; si le pus vient de la trompe d'Eustache, celle-ci siège dans le quadrant antéro-inférieur; dans les suppurations de l'espace de Prussak, de l'attique, de l'antre, elle se produit dans les quadrants supérieurs.

La perforation de la membrane de Schrapnell indique la suppuration dans la cavité épitympanique ou l'espace de Prussak et une carie probable des osselets; si elle siège en arrière de la courte apophyse du marteau, il est probable qu'il y a carie de l'enclume.

La carie de la marge tympanique accompagne souvent la carie des osselets et une lésion de l'antre; elle prédispose aussi à la fermentation des choléstéatomes.

La destruction complète du tympan peut s'observer dans les otites tuberculeuses, scarlatineuses, etc., dans les suppurations des cavités annexielles. On peut connaître le point de départ du pus en pratiquant l'aspiration ou en examinant le point souillé de pus d'une mèche de gaz ayant séjourné quelques heures dans l'oreille : l'exploration avec le stylet peut encore fournir des renseignements, ainsi que le siège des granulations, etc.

On tiendra compte aussi de la coexistence de plusieurs perforations et des indications qu'elles peuvent fournir.

Les traitements de l'otorrhée sont nombreux.

Dans toutes les cliniques, on emploie l'irrigation contre les otites simples avec pus abondant : on utilise dans ce but soit l'irrigateur, soit la seringue ou les ballons à injection avec embout de verre interchangeable.

Les solutions les plus prescrites sont des solutions d'acide borique, de chlorure de sodium à 1 0/0, de lysol, ou de lysoforme, à 1 0/0, de résorcine, à 0,1 0/0, de sozoïodolate de soude. Dans les cas où le pus est fétide, Luide ordonne des injections avec 2 à 3 gouttes de formaline dans un verre d'eau bouillie, ou le tétraborate de soude à raison de 2 a 3 cuillerées à thé dans un verre d'eau.

Le traitement sec est employé le plus souvent possible.

On prescrit aussi l'eau oxygénée à 6 0/0 sous forme de bains d'oreilles.

Dans le traitement sec, on donne une douche d'air pour enlever les dernières traces de pus, avant d'introduire le tampon d'ouate.

Comme poudre en insufflations, on emploie partout l'acide borique quand la suppuration est presque tarie; l'iodoforme n'est utilisé, à Berlin, que dans les otites tuberculeuses : on se sert rarement de losophane, d'aristol ; les bains d'oreille à l'alcool sont peu en honneur.

Quand le pus vient de la trompe d'Eustache, il faut s'assurer de l'état du pharynx et voir s'il n'existe pas des végétations adénoïdes ; on recourra, dans cette variété d'otite, à la douche d'air simple et au cathétérisme, pour pratiquer des injections de liquides par cette voie.

Dans les suppurations de l'espèce de Prussak, on fera des injections dans la poche avec une canule appropriée et une solution faible de formaline ou d'autre solution antiseptique.

Dans les cas de carie des osselets, il faut enlever ceux-ci; les indications opératoires sont diversement appréciées; les uns sont hâtifs, d'autres auristes sont temporisateurs.

L'ouverture opératoire du recessus épitympanique est pratiquée dans les cas de cholésteatome, de carie de la marge tympanique.

Les polypes sont enlevés à l'anse froide, rarement à l'anse rouge. S'ils sont petits, on emploie la curette, la pince à polype, les cautérisations cliniques ou des instillations d'alcool.

L'otite externe localisée ou diffuse est assez fréquente dans le cours de l'otite moyenne. On la traite par la liqueur de Burow dont on imbibe des mèches.

Les poussées aiguës intercurrentes réclament le repos absolu des enveloppements chauds de la région temporale; les applications du froid sont, dans quelques cas, mal tolérées; on fait en même temps des instillations de glycérine phéniquée.

A. Courtade.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

D' Morel-Lavallée

Médecin des hôpitaux

Traitement des épithéliomas cutanés, par Allen (*The New-York med. Journal*, 9 novembre 1901). — L'auteur recommande d'éviter tout caustique qui n'agirait pas en profondeur: parmi eux, l'acide arsénieux est certainement le plus efficace. Mais il faut, dans les cas les plus fréquemment observés, commencer par l'ablation, à la curette tranchante, de la bordure de l'ulcère. Ceci fait, on applique une pâte contenant parties égales d'acide arsénieux et d'orthoforme et un minimum d'eau. L'alcool, que Czerny fait entrer dans sa solution, est souvent mal supporté.

L'application de pâtes est, dans la plupart des cas, bien préférable à l'ablation qui ouvre la porte à l'infection par les vaisseaux lymphatiques sectionnés.

E. Vogt.

Epithélioma du visage, par Schiff (*Société I. R. des médecins de Vienne*, 8 novembre 1901). — L'auteur présente un malade opéré en 1900 d'un épithélioma de l'angle palpébral gauche. Récidive en janvier 1901: opération; récidive en septembre. A ce moment, le malade se soumet au traitement par les rayons de Rœntgen (tube dur): on fait tous les jours une séance de 10 minutes. Une réaction inflammatoire se manifesta après la 15e séance et obligea de suspendre le traitement pendant quelques jours. Au moment de la présentation, le néoplasme a fait place à une cicatrice lisse, souple, de coloration normale.

Dans un autre cas, non présenté à la séance, il s'agissait d'une femme de 30 ans présentant un épithélioma du nez qui résista à tous les topiques. Le traitement par les rayons X (35 séances) a amené une épidermisation complète.

E. Vogt.

Éléphantiasis de la jambe traitée par la pression élastique et le massage, par le Dr J. Vendrell, de Barcelone (*Revista de Medicina y Cirugia*, no 6, 1901). — Il s'agit d'un individu de 40 ans, qui, à la suite d'une chute ancienne, présente une luxation fémoro-iliaque. Après une fièvre typhoïde, un abcès à la hanche se développa, suivi bientôt d'un œdème de la jambe augmentant tous les jours. Quand le Dr Vendrell vit le malade, la jambe avait 74 centimètres de circonférence contre 33 pour la jambe saine.

Après plusieurs traitements (position élevée du pied, badigeonnages de teinture d'iode, pression élastique, etc.), on se décida pour le massage qui fut continué pendant 4 mois et demi jusqu'à guérison.

L'auteur se base sur ce cas pour terminer par les conclusions suivantes: 1o l'éléphantiasis est curable quand elle est produite par des obstacles à la circulation sanguine et lymphatique, pouvant être vaincus par la pression élastique et le massage; 2o le massage doit être pratiqué habilement pour éviter la phlébite, la lymphangite, etc.; 3o la chirurgie sera d'autant plus conservatrice qu'elle saura mieux apprécier les bons effets des moyens physiques, tels que le massage et la mobilisation.

F. Berini.

Une nouvelle formule de solution injectable de benzoate de mercure, par Gaucher (*Rev. intern. de méd. et de chir.*, 25 déc. 1901). — L'auteur s'est servi d'abord de la formule de Soukowenkoff, qui associait le benzoate de mercure à une petite quantité de chlorure de sodium et de chlorhydrate de cocaïne; il l'a ensuite remplacée par la préparation de Bretonneau, dans laquelle la dissolution de benzoate de mercure est effectuée par le benzoate d'ammoniaque associé au benzoate de cocaïne. Cette préparation est assez difficile à exécuter, car elle exige l'addition d'une petite quantité d'ammoniaque en excès; aussi l'auteur, pour obvier à cet inconvénient, a-t-il eu l'idée de dissoudre le benzoate de mercure dans le sérum artificiel chloruré isotonique, pensant que cette

préparation serait beaucoup mieux supportée que les précédentes par le tissu cellulaire.

Cette préparation, qui est stable, doit être ainsi formulée :

Benzoate de mercure.	1 gramme
Chlorure de sodium chimiquement pur.	0 gr. 75
Eau distillée.....	100 grammes

La dissolution du benzoate de mercure s'opère ainsi *très facilement*, à condition qu'il soit fraîchement préparé. Il faut prescrire au pharmacien de ne pas employer le benzoate de mercure du commerce, qui est impur et très difficile à dissoudre, mais de préparer lui-même son benzoate de mercure de la façon suivante : traiter à chaud l'oxyde de mercure par l'acide nitrique à 1°20, diluer cette solution dans l'eau et la mettre en présence d'une solution de benzoate de soude à 1,88 pour 40. Cette préparation est longue, car le benzoate de mercure ainsi précipité a besoin d'être lavé avec soin pendant très longtemps à l'eau froide; elle exige huit à dix jours. Le sel préparé de cette façon peut se conserver deux mois et même davantage.

La solution de benzoate de mercure au centième dans le sérum isotonique doit être injectée profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané de la fesse (et non dans les muscles), à la dose de deux centimètres cubes par jour. Elle est très bien supportée, bien qu'elle ne contienne pas de cocaïne, et n'occasionne qu'une douleur minime; souvent même, elle est complètement indolore.

E. Vogt.

Emploi et effets de l'onguent hydrargyrique colloïdal (colloïde mercuriel) (*Deutsche Praxis*, 10 déc. 1901). — Scholem rappelle que la plus ou moins grande diffusibilité des solutions permet de les distinguer en cristalloïdes et colloïdes, ces dernières ne traversant pas le dialyseur. On est parvenu aujourd'hui à obtenir à l'état colloïdal toute une série d'éléments (des métaux principalement), et on sait que Credé a fait entrer dans le domaine de la pratique les sels colloïdaux d'argent.

Le mercure colloïdal s'obtient avec une grande difficulté et représente une poudre grossière, presque noire, à éclat métallique, qui contient des traces d'oxydule d'étain. Il n'a pas été possible jusqu'ici de purifier entièrement le produit, qui est facilement soluble dans l'eau, insoluble dans l'éther et l'alcool; la solution est neutre, légèrement fluorescente : elle ne s'évapore pas à la température ordinaire. Au microscope, on reconnaît que la solution aqueuse n'est, en réalité, qu'un liquide contenant en suspension des parcelles extrêmement ténues de mercure colloïdal.

On a préconisé le mercure colloïdal, sous forme pilulaire, dans le traitement de la syphilis :

Mercure colloïdal 0,3 à 1 gr.
Kaolin } ââ q. s.
Glycérine }
pour faire pilules n° XXX.

1 à 2 pilules trois fois par jour après les repas.

Mais il semble que l'intérêt principal de la préparation consiste dans son utilisation en frictions, à condition de ne pas adopter la concentration de l'onguent napolitain classique. On prescrira donc :

Mercure colloïdal.....	10	grammes
Eau distillée.....	10	—
Axonge.....	80	—
Craie blanche.....	20	—
Éther sulfurique.....	1,5	—
Éther benzoïque	3,5	—
Us. ext.		

L'onguent, qui exige pour sa préparation un tour de main, doit être mou, de couleur gris-noirâtre, parfaitement homogène; on le conservera à l'abri de la chaleur et de la lumière. Pour la commodité de la prescription, on a donné à la préparation le nom de « *mercur-colloïd* ».

Les avantages de cet onguent nouveau sont considérables. Alors qu'il faut environ 30 minutes pour mener à bien une friction avec 2 grammes d'onguent napolitain, il en faut 5 pour pareille quantité de l'onguent nouveau. Les syphilitiques qui se traitent à domicile ont trop facilement la tendance à négliger la bonne exécution des frictions à l'onguent napolitain pour qu'une telle diminution de temps ne présente pas une réelle importance.

L'onguent ne salit pas le linge et agit uniquement par introduction mécanique, car l'évaporation est nulle à la température ordinaire. Depuis 13 mois que l'auteur a adopté cette médication pour les malades de la policlinique de Werler, à Berlin, il n'a pas observé un seul cas de dermatite : la peau du scrotum elle-même supporte fort bien cette pommade.

L'auteur dispose de 302 observations de syphilitiques exclusivement soignés par le mercure colloïdal. Le mode des frictions (2 gr.) est le même que pour l'onguent napolitain. La quantité totale employée a varié de 140 à 240 grammes pour les cas récents, de 140 à 200 grammes pour les récidives. L'onguent

nouveau ne contenant que 10 0/0 de mercure, on voit que la quantité de substance active nécessaire à l'obtention d'une guérison est plus faible qu'avec l'onguent napolitain à 33 0/0. dont il faut user en général 150 à 200 grammes pour arriver au même résultat.

Les malades ont fort bien supporté la cure et l'ont préférée à toutes les autres méthode de mercurialisation. Le nombre des cas de stomatite a été minime, alors qu'avec les injections de sublimé, par exemple, ces cas sont fréquents. L'action thérapeutique est plus lente qu'avec les injections de sublimé : la roséole disparaît en premier lieu dans les points frictionnés, ce qui démontre l'existence d'une action locale. L'élimination du mercure par les urines ne commence que deux jours après la première friction et dure six semaines après la dernière.

L'onguent colloïdal a été, en outre, utilisé dans certaines affections non spécifiques. Les épididymites blennorrhagiques de la policlinique sont traitées par trois frictions de 1 gramme par jour (saupoudrer au talc après chaque friction). En cas de douleurs vives, on ajoute 1 0/0 d'extrait d'opium à la préparation. Aucun des malades traités n'a dû garder le lit : pas de dermatites. Le nombre des cas s'est élevé à 79.

Grâce à cet onguent, le traitement ambulatoire des bubons est facile à exécuter. Le nombre des frictions et le dosage sont les mêmes que pour l'épididymite. Dans l'immense majorité des cas, il n'y eut pas de suppuration.

L'onguent colloïdal a été, en outre, employé avec succès pour activer la résorption des épanchements synoviaux dans l'arthrite blennorrhagique.

Les synovites tendineuses sont de même actuellement traitées, à la policlinique, par les frictions qui sont préférables à l'application de teinture d'iode ou aux frictions au vasogène iodé.

L'onguent colloïdal peut être prescrit en pilules :

Mercurcolloïd..... 3 à 6 grammes
Kaolin..... Q. s.
Pour faire pilules n° XXX.

1 à 2 pilules, 3 fois par jour après le repas.

Ces pilules se conservent fort bien à l'état mou : elles n'occasionnent jamais de troubles digestifs ou d'intoxications.

L'auteur a, en outre, fait préparer un emplâtre de Vigo au mercure colloïdal : il présente sur le Vigo l'avantage de ne jamais irriter la peau. Dans un cas de lichen ruber de la région du bas-ventre, quelques applications de l'emplâtre suffirent à amener une prompte guérison. Pour guérir les cors et durillons, ce même emplâtre semble enfin constituer le meilleur topique.

E. Vogt.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté.

Le traitement de la blennorrhagie par le protargol (*Münchener med. Wochenschrift*, n° 45 1901). — Jesionek s'attache surtout à rechercher pour quelle cause les résultats obtenus avec ce traitement ne sont pas toujours satisfaisants. Il a pu reconnaître que les lavages vésicaux, effectués avec des solutions de protargol chaudes ou réchauffées n'ont pas d'efficacité: seules les solutions dont la température ne dépasse pas celle de l'air ambiant donnent des succès. La solution elle-même doit toujours être préparée à froid, car si l'on opère à chaud, il se produit une décomposition du protargol et la solution devient à la fois inefficace et irritante.

Pour préparer la solution de protargol, l'auteur recommande de remplir d'eau une cupule et de verser sur cette eau la poudre de protargol: il faut éviter toute agitation et laisser la solution s'effectuer d'elle-même. Les solutions ainsi obtenues changent de couleur au bout de de 12 heures, aussi est-il de la première importance de préparer toujours les solutions au fur et à mesure des besoins, si l'on veut obtenir des effets thérapeutiques irréprochables.

Avec les injections au protargol, on arrive très rapidement à faire disparaître le gonocoque des sécrétions, mais il ne faudrait pas pour cela diminuer la durée du traitement, car le gonocoque reparaît quand on cesse trop tôt la médication.

Les solutions usuelles sont, pour la blennorrhagie, de 1/4 0/0; on peut aller à 2 0/0 dans les cas anciens. Quand la sécrétion prend un caractère nettement épithélial, il est de règle de faire des injections astringentes : l'auteur croit cette pratique indispensable et recommande le sozoiodolate de zinc en solution de 1/2 à 1 0/0.

Pour le traitement de l'uréthrite postérieure, l'auteur recommande des bougies à boule, enduites de beurre de cacao protargolé à 10 0/0. On les introduit toutes les 24 heures et on les laisse en place de 10 à 30 minutes. Il suffit, en

général, de 6 à 8 séances pour guérir l'uréthrite postérieure.

En cas de cystite, les lavages avec une solution de protargol de 1/2 à 2 0/0 sont très efficaces.

E. Vogt.

Le rhodanate de quinoline et bismuth (crurine) comme anti-blennorrhagique (*Deutsche med. Wochenschrift*, 20 déc. 1901). — Le Pr Jacobi de Fribourg en Br.. rappelle que parmi les sels d'argent, le protargol lui-même n'est pas exempt de propriétés irritantes: il est donc fort difficile de traiter jusqu'à guérison par les seuls sels d'argent une blennorrhagie, et l'on se voit forcé de recourir au bout de quelque temps aux anciennes injections astringentes, qui n'ont aucune action sur le gonocoque. Le besoin d'un produit à la fois bactéricide et non irritant se faisait donc sentir encore, malgré tous les progrès accomplis dans ces dernières années : Jacobi croit que le rhodanate de quinoline et bismuth ou crurine est appelé à combler cette lacune.

Pour obtenir un liquide injectable, on triture dans un mortier 1 gramme de substance active avec glycérine et eau àà 5 grammes ; on obtient ainsi une dissolution incomplète et l'on ajoute alors lentement, en agitant fréquemment, 189 grammes d'eau. Le mélange obtenu a un aspect laiteux qui dépose : ce mélange contient du rhodanate de bismuth basique à l'état de division extrême, du rhodanate de quinoline et de l'acide rhodanhydrique libre. Ces divers constituants exercent une action antibactérienne et astringente.

En faisant avec ce liquide 2 à 3 injections par jour, de 3 à 5 minutes de durée, on arrive souvent en 10 à 20 jours à faire disparaître toute sécrétion : l'injection elle-même est parfois un peu désagréable, mais les douleurs qui accompagnent l'uréthrite sont rapidement atténuées. Dans les cas plus rebelles, on ajoutera au traitement une injection au protargol par jour. Il semblerait que ce traitement diminue dans une proportion appréciable les chances de complications.

Il sera toujours bon de continuer ces injections 8 à 10 jours après disparition complète de la goutte du matin.

Chez les femmes, l'emploi de bâtonnets au beurre de cacao, contenant 10 0/0 de crurine, donne de bons résultats : les expériences de l'auteur ne sont toutefois pas encore terminées.

La crurine du commerce contient 25 0/0 d'amidon et ne peut être utilisée pour ces injections : les expériences de l'auteur ont été faites avec un sel pur, qui sera sous peu livré au commerce.

E. Vogt.

Chirurgie du testicule tuberculeux, par M. F. Lejars (*Semaine Médicale*, 8 janvier 1901. — L'auteur nous présente sous ce titre un excellent chapitre de thérapeutique sur ce sujet tout d'actualité.

Le sens clinique et l'esprit méthodique dont il y fait preuve nous engagent à l'analyser avec quelques détails. On y trouvera d'utiles éléments pour fixer le diagnostic opératoire, au milieu des doctrines quelque peu exclusives qui ont été soutenues, ces temps derniers, par plusieurs chirurgiens.

I. Allant des cas les plus simples aux cas compliqués, M. Lejars suppose les lésions au début bornées à un *noyau épididymaire isolé unilatéral*. Cette forme est souvent consécutive, chez les jeunes gens, à l'épididymite blennorrhagique, en ce sens que l'induration épididymaire habituelle, loin de se résoudre avec le temps, persiste et même augmente, en même temps qu'il se manifeste de l'altération de l'état général, ces sujets étant parfois des héréditaires. Faudra-t-il opérer pour si peu ? M. Quénu répond affirmativement. L'auteur pense que les conditions de milieu joueront le principal rôle dans la détermination que l'on devra prendre. Si le *traitement médical* peut être appliqué d'une manière stricte, et non illusoire, c'est-à-dire si le malade peut être arraché aux conditions de milieu malsaines qui ont permis l'éclosion du mal, alors seulement toute thérapeutique opératoire sera contre-indiquée. Il est impossible de compter sur le bon effet des agents thérapeutiques habituels des tuberculoses générales et locales, si les malades ne peuvent échapper au surmenage, aux fatigues génitales et autres, pour aller au repos, au grand air, à la mer, pratiquer la suralimentation méthodique. Sous l'influence de ce traitement, le petit noyau indolent s'indure et finit par guérir. S'il en est autrement, si, malgré les mesures ci-dessus indiquées, il continue à *grossir*, à se *ramollir*, l'*excision immédiate* doit être adoptée. Cette opération se fera à la cocaïne, par la *dissection en tissus sains*, comme s'il s'agissait d'une tumeur. Parfois, l'emploi de la curette est indiqué pour vider certains noyaux ; on cruente la paroi et on la ferme par capitonnage. Dans cette première classe de cas, la castration doit être rejetée.

II. *L'épididymite tuberculeuse est devenue totale, mais unilatérale*. Deux opinions : les Allemands, avec Bruns (de Tubingue) veulent que ces cas soient traités par la *castration précoce*.

La majorité des chirurgiens français se rallie à l'*épididymectomie*.

Contrairement à l'opinion du Pr Guyon, qui pense que la tuberculose génitale débute le plus souvent dans les vésicules séminales pour se prolonger au canal déférent et au testicule, il semble démontré par de nombreuses expériences de von Baumgarten que l'infection tuberculeuse remonte toujours du testicule par le canal déférent vers les voies génitales supérieures. C'est dire qu'elle demeure longtemps confinée à la région orchi-épididymaire. Il est donc indiqué de faire l'ablation totale du mal, mais M. Lejars indique un moyen de se montrer plus conservateur que nos voisins d'outre-Rhin. Au cours de l'excision de l'épididyme, on fait l'*incision exploratrice* du testicule, sur le bord convexe de préférence. Il est inadmissible que l'on ne cherche pas à sauver l'organe non encore atteint. Aussi se bornera-t-on à le suturer à la Lembert, si l'on n'y constate aucun foyer tuberculeux. On agira de même, après excision en coin des parties suspectes, si l'on en rencontre.

Quant à l'épididyme malade, il sera enlevé d'après les mêmes principes, par la séparation d'avec le testicule, en commençant par la tête ou par la queue, par *voie transvaginale*. Il y a avantage à commencer le décollement par le cul-de-sac épididymo-testiculaire ; on poursuit la séparation sur le *canal déférent*, qu'il importe au plus haut degré de sectionner, même s'il paraît sain, aussi haut que possible, après l'avoir lié. L'écueil opératoire est *en dedans* : il faut en effet éviter le cordon et l'artère spermatique, pour sauvegarder et justifier le maintien de la glande testiculaire dans les bourses. Les lésions *bilatérales* comportent, est-il utile de l'exprimer, le même traitement.

III. L'existence d'une *orchi-épididymite tuberculeuse unilatérale* commande la *castration haute et large* ; ce traitement ne comporte pas d'exception, même chez les gens âgés, même chez les tuberculeux avancés, comme palliatif.

La *castration* doit être faite ici *en masse* par transfixion médio-scrotale, afin d'éviter l'infection des parties voisines. Ou bien, on utilisera l'*incision en raquette*, commençant haut sur le canal inguinal, pour permettre la dissection complète du canal déférent. Cette technique convient aux lésions n'empiétant pas sur la ligne médiane, avec une ulcération du scrotum autour de laquelle tournera au large le bistouri.

Les formes hypertrophiques comportent un procédé quelque peu spécial. Il s'agit là de tuberculose « crue » et fermée; le mieux est de pratiquer une ouverture à la racine des bourses et d'attirer le testicule par cette brèche, sans ouvrir la vaginale. Le canal déférent sera ensuite poursuivi par l'ouverture franche du canal inguinal, et non soumis à la traction jusqu'à la rupture, comme le conseille von Büngner.

Considérons maintenant les cas graves, où les lésions sont généralisées; avec l'orchi-épidymite, il y a de la déférentite totale, de la vésiculo-prostatite. Si ces lésions ne sont pas suppurées, la castration est le meilleur moyen de les traiter indirectement, par la *suppression du foyer principal*, dont on constate toujours l'heureuse influence.

Quant à ces lésions elles-mêmes, elles sont parfaitement accessibles, soit par la *voie basse* ou *périnéale*, soit par la *voie haute* ou *inguinale*.

Par le périnée, l'incision est *prérectale* et transversale, incurvée du côté de la vésicule malade. On décolle le tissu cellulaire prérectal jusqu'à ce qu'on atteigne la vésicule, qu'il faudra désengainer laborieusement. On accroche avec le doigt l'anse terminale du déférent, on la coupe et on s'en sert pour attirer en bas la vésicule. La sonde cannelée et les ciseaux attireront ensuite cette dernière, qui peut être basculée et extraite. La brèche périnéale est ensuite réparée plans par plans.

Si l'on adopte la *voie inguinale*, on fera une incision dans la direction du canal, jusqu'à deux doigts de l'épine iliaque antéro-supérieure; couche par couche, on arrive jusque sur le fascia transversalis qui est effondré. Le péritoine se présente alors: on le décolle avec précaution de la fosse iliaque, en agissant avec le doigt, et on l'écarte en dedans, avec un large écarteur qui maintient le paquet intestinal. On s'occupe ensuite de séparer le déférent des autres éléments du cordon, et on poursuit son isolement jusqu'à la saillie transversale aponévrotique qui loge la vésicule. On dégage celle-ci de l'aponévrose, en prenant la précaution de lier le paquet vasculaire (externe) et on amène le fond de la vésicule dans la plaie, avec une pince de Kocher. On sectionne aux ciseaux courbes à la fois le col et le canal déférent. Cette opération a été faite par MM. Baudet et Duval chez un enfant de deux ans et demi et chez un garçon de vingt ans, après répétition sur le cadavre. M. Lejars considère que ces exérèses totales sont uniquement indiquées chez des sujets jeunes, indemnes de toute autre localisation, alors qu'on peut avoir la prétention d'enlever tout le mal.

IV. *Tuberculose testiculaire double*. — Dans ces cas, que les lésions soient simultanées ou successives, on ne doit jamais faire la *castration double*, c'est-à-dire l'émasculation, qu'après avoir tenté de faire de la *conservation à outrance*, soit que l'on puisse se borner à agir sur l'épididyme, soit que l'on puisse conserver une partie

de l'un des testicules. La conservation d'un noyau fibreux de quelque dimension vaut mieux que l'inclusion dans les bourses de corps inertes, tels que l'aluminium et la soie pour « figurer » le testicule.

Les *ligatures en masse* du cordon spermatique, préconisées par M. Mauclaire, quand la tuberculose n'est pas suppurée, aident à obtenir cette *transformation scléreuse* qui est un pis-aller acceptable.

Enfin, dans les *formes extrêmes*, où l'état général et l'état local sont irrémédiablement mauvais, certaines opérations palliatives sont souvent légitimes, dans l'intérêt même du malade et pour soulager sa douleur. La *cautérisation ignée* n'est pas préférable à l'emploi du bistouri et de la curette, dans les cas où les fistules gagnent jusqu'aux plis inguinaux, où l'appareil uro-génital est envahi en totalité. Ce sont, dit Lejars « des opérations de bienfaisance, qui ne font pas d'honneur au chirurgien, mais qui font du bien au malade ». Il se résume en disant que, dans toutes les formes de la tuberculose testiculaire, on doit avoir surtout en vue *l'évolution* de la tuberculose et la *résistance vitale* des sujets, avant d'appliquer un traitement chirurgical qui doit être *actif* pour être *conservateur*.

A. Benoit

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL,

Chef du Laboratoire de la Maternité,

à l'hôpital de la Charité

Du traitement intra-utérin, par Johannes Futh, de Coblenz (*Centralb für Gynak.*, 14 septembre 1901, n° 37). — Lorsqu'on veut faire dans la cavité utérine des badigeonnages avec un tampon de coton imbibé d'un liquide médicamenteux, le tampon est en partie exprimé de son contenu dans le canal cervical ; le médicament n'arrive qu'en partie dans la cavité utérine et exerce son action là où il ne faudrait pas. De plus, dans la cavité utérine même, l'application se fait irrégulièrement ; nulle en certains points de l'endometrium, elle peut être exagérée en d'autres.

Pour remédier à ces inconvénients, l'auteur a imaginé une sorte de spéculum cervical, bivalve, qu'on introduit fermé dans le col. La partie située au dehors de la vulve est munie d'un pas de vis destiné à écarter les deux valves qui se trouvent dans le col. Les deux valves sont recouvertes d'un cylindre en caoutchouc et séparées par un mandrin qu'on retire. Il reste alors dans le col un cylindre formé par les deux valves d'une part et, entre elles, par le caoutchouc extérieur. A la partie supérieure de l'appareil vient s'appliquer une pince à griffes destinée à saisir et fixer le col.

Avant d'introduire l'appareil dans le col, on place deux valves dans le vagin. Au manche de de la valve inférieure se trouve un support pour un vase en verre renfermant une mèche de gaze et l'agent médicamenteux. A l'aide d'une pince on saisit la mèche qu'on amène à l'entrée du spéculum cervical et de là dans le corps utérin.

R. Blondel.

Action hémostatique de la Kinésithérapie dans le traitement des fibromes utérins. (*Revue de cin. et d'électrothérapie*, 20 décembre 1901). — Pour Bralant l'action de la gymnastique d'abduction fémorale, siège soulevé, provoque chez les malades une puissante dérivation du sang vers les parties supérieures du corps et vers les muscles pelvi-trochantériens au moment où ils se contractent : grâce à elle, le courant de l'utérine diminue en proportion, les deux artères s'alimentant à la source commune de l'hypogastrique. En outre, les hémorragies chroniques de la femme sont toutes entretenues par des troubles vaso-moteurs, par une parésie de l'appareil vasculaire pelvien et abdominal avec accroissements périodiques. Le système veineux est gorgé. En favorisant chaque jour pendant quelques instants, par des attitudes qui suppriment la contraction abdominale et par des mouvements accélérateurs, le cours du sang dans les territoires vasculaires voisins, on facilite l'évacuation du territoire abdomino-pelvien. Les veines se dégorgent, la tension diminue ; puis, par le réveil graduel de la tonicité des vaisseaux ainsi excités indirectement chaque jour, cette congestion fruste disparaît à son tour très aisément, s'il n'y a nulle sclérose ou altération hypo-scléreuse des parois vasculaires et des tissus ambiants.

E. Vogt.

Contribution à l'étude du traitement des épithéliomas en général et de celui de l'utérus en particulier, par le Dr Hipolito Guin Sutierres (*Revista Ybero-Americana de Sciencias Medicas*, Madrid, juin 1901). — Les conclusions de ce très important travail sont les suivantes :

1° L'acide arsénieux appliqué selon la méthode

de Czerny et Truneek réalise des avantages qu'aucune autre méthode n'a obtenus jusqu'ici ;

2° Beaucoup d'épithéliomas superficiels peuvent guérir ainsi sans opération ;

3° C'est un bon remède palliatif dans les cancers inopérables ;

4° Dans le cancer utérin, il procure un grand soulagement ;

5° Quel que soit le siège de l'epithélioma, l'acide arsénieux produit sur lui une action élective différente de tous les agents employés ;

6° C'est un médicament précieux dans la thérapeutique du cancer.

F. Berini.

Extirpation abdominale d'un carcinome récidivé après une hystérectomie vaginale totale par G. Klein (München), 9 mars (*Centralb. für Gynak.*, 12 octobre 1901, n° 41). — Femme de 27 ans, IV pare, ayant subi le 10 octobre 1899 l'extirpation vaginale totale de l'utérus sans les annexes, pour cancroïde volumineux du col. Le paramétrium gauche était suspect de début de métastase ; les ovaires et les trompes n'étaient pas malades macroscopiquement ; ces organes furent laissés à cause du jeune âge de la malade.

Huit mois après l'opération, on trouve un noyau gros comme un haricot à l'angle gauche de la plaie vaginale, près de ce qui restait du paramétrium. On essaye vainement de le libérer et de le détacher de la profondeur ; la malade refuse l'opération abdominale.

Elle revient environ un an après. Au-dessus du cul-de-sac vaginal gauche, on trouve une résistance du volume d'une châtaigne, adhérente à la cicatrice vaginale qui, elle, est lisse. État général bon, bien que la malade ne se sente pas bien.

Le 3 août 1901, on fait l'extirpation abdominale des métastases du paramétrium, de l'épiploon et de la paroi vésicale.

Après ouverture de l'abdomen, on trouve l'épiploon adhérent par son bord libre au pédicule péritonéal et renfermant deux noyaux cancéreux, chacun gros comme une châtaigne : l'un immédiatement près du bord adhérent, l'autre à deux doigts de distance. La vessie contenait un troisième noyau, gros comme une cerise, siégeant au niveau de la partie gauche du tissu vésico-paramétral.

Sur la partie saine de l'épiploon, on fit une ligature au catgut et on sectionna ; puis on mit à nu les uretères depuis la ligne innommée dans le petit bassin, mais on les laissa en place, pour éviter la nécrose. Enfin, à l'aide de ciseaux, on enleva le noyau vésico-paramétral de la paroi vésicale, dont il ne resta plus en ce point que la muqueuse. En cas de besoin, on aurait enlevé toute la paroi avec la muqueuse, et dans ce but on avait soigneusement vidé la vessie et nettoyé avec une solution de permanganate de potasse. Mais, comme la muqueuse n'était pas infiltrée, ni suspecte, on ne la reséqua pas.

Le plus difficile était de mettre à nu l'uretère gauche sous le noyau paramétral. L'uretère n'étant pas entouré par le carcinome, il n'y avait pas lieu d'en reséquer une portion.

Puis vint la libération de la partie supérieure du vagin et, finalement, le lambeau d'épiploon, les ovaires, les trompes, le paramétrium jusqu'à la paroi pelvienne et le tiers supérieur du vagin purent être enlevés en une fois.

Les bords du vagin furent rapprochés à l'aide de sutures à points isolés. On ne trouva pas de métastase ganglionnaire le long des uretères, ni des gros vaisseaux mis à nu sur les parois pelviennes postérieure et latérales. Les lambeaux de péritoine de chaque côté furent suturés au catgut et le péritoine de la paroi vésicale suturé à celui de la paroi pelvienne postérieure par-dessus la gaze iodoformée, qui se trouvait ainsi aller du canal vaginal à l'espace rétropéritonéal du petit bassin.

Les suites opératoires furent parfaites.

R. Blondel.

Opération d'Alquié-Alexander-Adam dans les rétrodéplacements et les prolapsus de l'utérus par Eberlin (A.). (*Meditzinskoïé Obozrenié*, juin 1901). — En Russie, l'opération d'Alquié-Alexander est surtout pratiquée par les professeurs V.-F. Snieghiriov et A.-F. Goubariov, de Moscou, par Khalafov et Savinov, à l'hôpital Scheremetevsky (Moscou), et par Eberlin, à l'hôpital Galitzinsky. Tous ces chirurgiens opèrent suivant la modification la plus récente de cette opération, c'est-à-dire avec ouverture du canal inguinal, et sont très satisfaits des résul- obtenus.

Eberlin a eu l'occasion d'opérer par ce procédé 15 malades atteintes de rétroflexion avec rétroversion, et 9 malades atteintes de prolapsus de l'utérus. Toutes ces malades avaient subi antérieurement des traitements variés : massage, pessaire, curettage, section du col, etc., mais n'ont resssenti aucun soulagement. Chez 22 d'entre elles, les suites de l'opération d'Alexander-Adams furent bonnes, chez 2 il y eut une légère suppuration. Toutes sont guéries.

L'auteur a pu suivre ces malades de 5 mois à 4 ans. Chez toutes, l'opération d'Alquié-Alexander-Adams a donné d'excellents résultats : tous les symptômes morbides ont disparu, 5 de ces malades sont devenues enceintes, 1 a eu un avortement par suite d'une intoxication

les 4 autres ont accouché à terme d'enfants vivants. Les accouchements étaient parfaitement normaux, sans intervention aucune; plusieurs mois après l'accouchement, l'utérus était en position normale.

Pour avoir des résultats favorables, il faut ouvrir le canal inguinal, isoler le ligament rond près de l'orifice interne de ce canal, le séparer du fascia transversalis, écarter ou sectionner le péritoine pariétal, attirer le ligament rond en dehors jusqu'à ce que la position de l'utérus soit corrigée, puis suturer soigneusement le canal inguinal, suivant le procédé de Bassini. Il y a trois voies pour aller à la recherche du ligament rond. On peut mettre à nu l'orifice externe du canal inguinal et de là ouvrir tout le canal jusqu'à l'orifice interne. On peut, sans chercher l'orifice externe, se guider sur le ligament de Faloppe, faire l'incision le long de son bord supérieur et isoler le ligament rond de la gouttière que forme la face supérieure du ligament de Faloppe. Enfin, on peut ouvrir le canal inguinal près de son orifice interne.

Eberlin conclut que, de toutes les opérations recommandées pour le traitement des rétrodéviations et des prolapsus de l'utérus, le raccourcissement des ligaments ronds dans le canal inguinal est l'opération la plus rationnelle, la moins dangereuse, la plus efficace. Si la technique est bien faite, l'opération réussit toujours. Elle ne provoque aucune complication et n'amène point d'obstacle aux grossesses et accouchements ultérieurs; de leur côté, la grossesse et l'accouchement ne détruisent pas les bons effets de l'opération. Si la technique a été régulière et la suture bien faite, les hernies ne sont pas à craindre. La séparation minutieuse du ligament rond d'avec le prolongement péritonéal qui l'accompagne au niveau de l'orifice interne du canal inguinal est très importante pour les bons résultats de l'opération et pour prévenir la formation des hernies.

R. Blondel.

Pédiâtrie

Dr Thiercelin

Chef de clinique à la Faculté de Médecine

Les convulsions de l'enfance, par Bresset (*Echo Médical du Nord*, 5 janvier, 1902). — La convulsion ne survient que chez un organisme préparé, n'éclate que pour une cause donnée.

Avant toute chose, il faut débarrasser complètement l'enfant de ses vêtements, l'étendre sur un lit, la tête relevée, veiller à ce que la température de la chambre ne soit pas trop chaude; il est préférable qu'elle soit un peu fraîche. Il faut exiger le calme et le silence, éloigner les lumières.

Si les crises se répètent, on plongera l'enfant dans un bain à 35°, en ayant soin de lui entourer la tête de compresses froides, et l'on fera inhaler, pendant la préparation du bain, cinq à six gouttes de chloroforme sur un mouchoir.

Au sortir du bain, on administrera le lavement antispasmodique suivant :

Assa fœtida.....	1 gramme
Jaune d'œuf.....	n° 1
Lait.....	100 grammes

On se gardera de pratiquer une saignée, sauf dans le cas d'éclampsie urémique, auquel cas on se bornera à une application de sangsues derrière chaque apophyse mastoïde.

Il ne faut jamais employer les révulsifs cutanés, tels que les vésicatoires, les sinapismes, qui peuvent ramener les crises convulsives.

La cause la plus fréquente des convulsions réside dans les troubles digestifs. Les vomitifs, étant très déprimants, seront utilisés avec précaution; mieux vaut employer le lavement purgatif. Plus tard, on donnera le calomel (0 gr. 10 à 0 gr. 20). L'indication essentielle est de mettre l'enfant à la diète hydrique pendant 24 heures au moins et de ne reprendre ensuite l'alimentation que progressivement, en observant de grandes précautions.

Dans les convulsions du début des fièvres éruptives et des autres maladies infectieuses, la balnéation rend les plus grands services et constitue l'unique traitement.

Les convulsions vermineuses sont plus rares qu'on ne le croit communément. En cas d'ascarides lombricoïdes on donnera le semen contra (1 gr.) dans un peu de miel et le lendemain matin le paquet suivant :

Calomel.... } ãã 0 gr. 10 à 0 gr. 30
Scammonée }

En cas d'oxyures vermiculaires, des lavements glycérinés, et l'on prescrira le soir le suppositoire suivant:

Calomel.....	0 gr. 15
Beurre de cacao.....	Q. S.

Dans la journée, on introduira dans l'anus gros comme un pois d'onguent napolitain.

Au cas de tœnia, on donnera le matin à jeun, en deux prises, à un quart d'heure d'intervalle :

Extrait de fougère mâle.	3 grammes
Sirop de menthe.....	30 —

et une heure après la dernière prise :

Huile de ricin.....	20 grammes

Le traitement prophylactique des convulsions consiste surtout à proscrire les causes d'excitation psychique et physique, à éviter les jeux prolongés, les récits propres à frapper l'imagination de l'enfant; on prescrira d'autre part le tub tiède et même froid et surtout on surveillera minutieusement le régime alimentaire : repas bien réglés, proscription du vin, de la bière, etc.

G. Lyon.

Valeur thérapeutique de l'aspirine en pédiâtrie (*Die Heil Kunde*, octobre 1901). — Landau et Schudmak ont étudié, en premier lieu, l'action de l'aspirine dans la pleurésie chez l'enfant : l'excrétion sudorale et urinaire est notablement accrue sous l'influence du médicament, ce qui constitue une excellente dérivation dans le cas particulier. Une série de courbes thermiques démontrent que l'hyperthermie a rapidement disparu dans les sept cas traités.

L'action antithermique de l'aspirine se manifeste lentement, il est vrai, mais elle est plus durable que celle exercée par d'autres médicaments, l'acide salicylique n'étant que lentement libéré de sa combinaison.

L'aspirine constitue enfin un anticonvulsivant dans la coqueluche; elle n'arrive pas, il est vrai, à influencer la durée de l'affection, mais elle diminue le nombre des quintes.

E. Vogt.

Pharmacologie

Dr Vogt

Ex-Assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Valeur pratique de la bismuthose, par Manasse (*Therap. Monatshefte*, janvier 1902). — Le tannigène et la tannalbine présentent tous deux l'inconvénient, sensible surtout en pédiatrie, de n'être pas solubles dans l'eau. La bismuthose est bien plus facilement miscible, sinon soluble, à l'eau tiède, aussi peut-elle être administrée sans difficulté.

Le produit se présente sous l'aspect d'une poudre fine, blanche, sans odeur ni saveur, contenant 21 0/0 de bismuth, se mélangeant facilement à l'eau. La digestion pendant plusieurs heures dans un liquide chlorhydropeptique à la température du sang, ne produit la précipitation que d'une quantité minime de bismuth : on peut donc dire qu'en pratique la bismuthose n'est pas décomposée par le suc gastrique.

Les recherches de divers auteurs ont démontré que le produit est inoffensif, bien supporté et accepté, et que son action est à la fois astringente et calmante : la bismuthose agit sans doute à la façon d'un vernis protecteur sur la muqueuse intestinale et empêche ainsi la résorption de produits toxiques élaborés dans le tube digestif.

L'auteur a soigné avec le produit 23 malades : il l'a administré sous forme d'une sorte d'émulsion, que l'on obtient en versant lentement et goutte à goutte, en agitant sans cesse, de l'eau chaude sur la poudre, jusqu'à consistance d'une bouillie : il suffit alors d'ajouter de l'eau, du thé, de l'eau albumineuse, une décoction de gélatine (pour lavements), pour parfaire l'émulsion.

Il est probable que l'administration de grandes quantités de bismuthose remplacerait avantageusement celle de sous-nitrate de bismuth (traitement de l'ulcère rond), car on n'a pas à craindre d'intoxication.

E. Vogt.

Recherches cliniques sur l'action hypnotique du dormiol, par Besançon (*Journal de Méd. interne*, 1er janvier 1902). — Le dormiol (Diméthyléthylcarbinolchloral) est un liquide incolore, d'odeur piquante, ressemblant à celle du menthol et du camphre, de saveur fraîche et en même temps brûlante.

Des recherches expérimentales sur les animaux ont démontré l'innocuité du dormiol et son prompt effet hypnotique.

L'auteur l'a employé en clinique parallèlement avec d'autres hypnotiques (opiacés, sulfonal, trional, chloral) et a pu constater, à plusieurs reprises, sa supériorité ; il apporte à l'appui de son dire douze observations. Nous citerons les principales.

Obs. I. — *Insomnie hystérique, opiniâtre, rebelle à tous les moyens hypnotiques.*

L'extrait thébaïque à la dose de 0,05 centigr. le sulfonal, à la dose de 1 gr. 50 et de 2 gr., restent sans effet; le chloral procure un sommeil de quelques heures, entrecoupé de beaucoup de cauchemars.

On donne enfin, dans une potion, 2 grammes de dormiol ; la malade dort sept heures de suite d'un sommeil calme.

Le lendemain, on donne de nouveau une potion contenant : chloral 2 grammes, sirop de morphine, 20 grammes, eau, 100 grammes; la malade ne ferme pas les yeux de la nuit.

Le jour suivant, elle prend 2 grammes de dormiol et passe une bonne nuit (6 heures).

Avec 3 grammes de dormiol, la malade dort toute la nuit (8 à 9 heures) sans cauchemars et sans agitation.

Obs. II. — *Alcoolisme (intoxication par les boissons avec essences).* La malade dort très mal la nuit, cauchemars terrifiants, agitation, réveils en sursaut. Avec 1 gr. 50 de sulfonal et avec 2 grammes de chloral et 20 grammes de sirop de morphine en potion, elle ne dort qu'une partie de la nuit et son sommeil est toujours très agité. On lui donne 2 grammes de dormiol en une potion de 120 grammes; une demi-heure après, à 8 h. 1/2 du soir, elle s'endort d'un profond sommeil, ne se réveille qu'à 5 h. du matin. Le réveil est normal, sans nausées ni céphalées.

Les jours suivants, la dose de dormiol est diminuée à 1 gramme, et le sommeil continue à être calme. L'état général de la malade, qui est atteinte de tuberculose commençante du poumon droit, s'améliore considérablement et rapidement.

Obs. IV. — *Insomnie neurasthénique rebelle.* Le sulfonal (2 gr.), le trional (2 gr.), le chloral (3 gr.), l'extrait thébaïque (0,05 gr.), restent sans effet: la malade ne dort qu'avec le sulfonal (2 gr.), combiné au chloral (3 gr. dans une potion avec 20 gr. de sirop de morphine).

Avec 2 gr. de dormiol en potion, sans sulfonal et sans morphine, elle dort bien toute la nuit. Le lendemain, on ne lui donne plus que 1 gr. de dormiol. Elle dort très bien, s'est endormie immédiatement après avoir pris le médicament et ne s'est pas réveillée de la nuit. Les jours suivants, elle dort assez bien avec 1 gr. de dormiol.

Obs VII. — *Dysenterie* contractée en Egypte, amaigrissement considérable, insomnie rebelle, la malade ne dort pas avec 0,05 gr., d'extrait thébaïque et avec 1 gr. 50 de sulfonal. Avec une potion contenant: chloral 2 gr., sirop de morphine 20 gr., elle s'est endormie deux heures après, mais s'est réveillée trois ou quatre fois dans la nuit.

On lui donne 2 gr. de dormiol en potion et elle passe une bonne nuit. Le lendemain, la malade dort très bien avec 1 gr. de dormiol.

On supprime le dormiol, et on rend à la malade une pilule d'extrait thébaïque de 0,05 gr. mais elle n'a pas dormi.

La malade de nouveau prend du dormiol à la dose de 1 gr.; elle dort toute la nuit; elle s'est endormie une demi-heure après la prise du médicament et ne s'est réveillée qu'à 8 heures du matin.

Il résulte de ces observations et de celles que nous n'avons pas citées, que le dormiol est un excellent hypnotique qui, dans certains cas d'insomnie rebelle d'origine neurasthénique, hystérique et même dans les cas d'insomnie alcoolique peut remplacer avantageusement les autres hypnotiques et même l'hydrate de chloral. En effet, malgré les doses élevées (3 à 4 gr.) employées à plusieurs reprises, l'auteur n'a jamais remarqué aucun désordre du côté de la circulation ou de la respiration, et notamment n'a jamais vu survenir l'érythème, qui n'est pas rare à la suite de l'administration du chloral.

Le sommeil produit par le dormiol est calme et sans cauchemars; le réveil est normal et ne s'accompagne pas de nausées et de lourdeur de tête.

Le dormiol a été donné à la dose de 1 à 4 grammes, en potion, dans du julep ou simplement dans de l'eau, associé à du sirop simple. Certains malades lui trouvent un goût désagréable; on peut bien aisément remédier à cet inconvénient en administrant des capsules gélatinées ou mieux des lavements, aux mêmes doses, additionnés de laudanum, 10 à 15 gouttes.

E. Vogt.

La yohimbine (*Deutsche med. Wochenschrift*, 16 janvier 1902). — Kern a repris les recherches concernant l'action exercée par produit nouveau dans l'impuissance (*v. cette Revue*, 1901, p. 356 et 568) dans un cas de frigidité absolue, datant de six mois, dû à l'abus de l'onanisme. L'administration de trois tablettes par jour contenant chacune 5 milligr. de principe actif, amena en dix jours la guérison complète.

E. Vogt.

Le glycogène, tonique et antiseptique précieux, par Rorig (*Aerztl. Rundschau*, 44-45, 1901). — D'après les recherches de l'auteur, le glycogène relève l'appétit d'une façon remarquable et provoque un sentiment d'euphorie marqué chez les individus affaiblis et présentant de l'anorexie. Il suffit souvent de doses minimes (0,02 centigr.) pour obtenir un résultat.

En injections hypodermiques, les doses de 0.02 centigr. pour 1 gr. d'eau, en lavement (0,05 centigr. dissous dans 0,3 de carbonate d'ammoniaque pour un lavement) l'effet est plus marqué qu'en ingestion stomacale: dans ce dernier cas, l'addition de carbonate d'ammoniaque est indispensable, car, sans cette addition, le glycogène se transformerait en maltose.

L'auteur a administré le glycogène chez les typhiques et affirme qu'il ne saurait plus s'en passer aujourd'hui, car le médicament constitue, chez ces malades, le meilleur tonique cardiaque.

Dans le coma diabétique, les injections hypodermiques de glycogène réveillent le malade.

Dans la fièvre puerpérale, on pourra avec grand succès faire toutes les 2 heures une injection.

E. Vogt.

Le « puro » dans le régime des malades. (*Therap. Monatshefte*, janvier 1902). — Furst à étudié spécialement le *puro*, suc de viande de bœuf maigre, obtenu par expression dans le vide à haute pression, et concentré ensuite jusqu'à consistance sirupeuse. Le produit contient 19 0/0 de bases, 10 0/0 de sels et 33 0/0 d'albuminoïde facilement assimilable.

Les malades ont toujours bien accepté le puro, qui n'a ni odeur, ni saveur désagréable. Dans un cas, la préparation fut administrée en lavements : il s'agissait d'un enfant de 14 mois atteint de parésie du pharynx rendant l'alimentation buccale malaisée. Le puro, mélangé à la dose d'un quart de bouteille (la capacité des bouteilles n'est pas indiquée) dans de la décoction d'avoine avec addition d'un œuf (2 lavements par jour), a permis de soutenir pendant 4 jours les forces de l'enfant. A ce moment la parésie ayant disparu, ont put recourir à nouveau à l'alimentation buccale. Dans les autres cas, la préparation fut donnée par la bouche, même à des enfants de 8 mois ; les résultats obtenus, soigneusement contrôlés par des recherches de chimie biologique diverses, ont été les suivants : augmentation souvent très considérable du poids du corps, relèvement de l'état général, ayant pour conséquence l'amélioration d'affections chroniques (rachitisme, adénites, états névropathiques, etc.). Le puro se prête fort bien à l'ingestion, en cas d'ulcère stomacal, mélangé à du lait ; il exerce une action très favorable sur la chloro-anémie, l'atonie gastrique, grâce à ses propriétés eupeptiques. Il représente enfin un reconstituant précieux chez les individus ayant supporté de grandes pertes de sang.

E. Vogt.

Emploi thérapeutique de la saignée, par Burwinkel (*Allg. Wiener med. Ztg*, 19 nov. 1901). — L'auteur croit que la saignée est trop délaissée dans nombre de cas ; il ne citera que certaines endocardites chroniques avec troubles circulatoires. Il est évident que la soustraction de liquide sanguin soulage le cœur dilaté, mais les modifications qualitatives de ce liquide jouent un plus grand rôle encore : le sang devient hydrémique et son taux de fibrine diminue, aussi circule-t-il plus aisément à travers les vaisseaux, les capillaires surtout, qu'un sang visqueux franchit difficilement. Les troubles de la ménopause sont aussi rapidement modifiés par la saignée, qui, en outre, exerce une action diurétique manifeste et débarrasse dans certains cas l'économie de toxines accumulées. Enfin, la saignée joue un rôle considérable dans la stimulation de l'hémopoïèse.

En additionnant tous ces effets thérapeutiques, on arrive à reconnaître que, dans certaines affections cardiaques, la saignée s'impose pour ainsi dire ; elle combattra la dyspnée, la cyanose, les œdèmes, l'engorgement du foie, etc.

En tous cas, il faut abandonner l'idée que la saignée puisse avoir pour conséquence un affaiblissement de l'organisme ou une dégénérescence du myocarde, si l'on s'en tient à ne pas soustraire une quantité supérieure à 2 ccm. par kilo de poids du corps. On peut sans danger aller plus loin encore si la pression est élevée et le sang de couleur très foncée. Le patient doit toujours être couché pendant l'opération.

E. Vogt.

La gymnastique dans le bain, par G.-B. Allaria (*Rivista critica di Clinica Medica*, n° 48, 1901). — Cette méthode thérapeutique est basée sur ce principe d'Archimède qu'un corps plongé dans un liquide subit une diminution de poids égale au poids du volume du liquide déplacé.

Cette légèreté apparente permet au malade d'exécuter des mouvements qu'il n'aurait pu faire dans son lit. Les muscles atrophiés par l'inaction reprennent ainsi leur fonctionnement, leur nutrition s'améliore et, petit à petit, ils retrouvent leur vigueur ; les articulations perdent de leur rigidité. En présence des résultats obtenus, le malade se décide aisément à persévérer dans son traitement, si long qu'il soit.

La gymnastique dans le bain est indiquée dans les paralysies consécutives à des hémorragies cérébrales, à des polynévrites ; dans les paraplégies tabétiques, on peut l'employer en même temps que la gymnastique de Fraenkel, mais il faut avoir beaucoup de soins et de prudence pour ne pas fatiguer trop les malades qui n'ont pas bien conservé la conscience de la fatigue.

On pourra encore recourir à ces bains dans bien des affections dans lesquelles les mouvements sont rendus difficiles par la douleur : névralgies, arthrites rhumatismales douloureuses. La méthode est inefficace dans les contractures et il faut éviter de l'utiliser ; il y a quelque danger de provoquer de nouvelles hémorragies : on s'abstiendra donc chez les paralytiques qui ont encore de la congestion cérébrale.

Faute d'une piscine, on se contentera d'une simple baignoire. On donne tous les jours un

bain d'une durée de 10 à 20 minutes à la température de 26°-29° C; de 35°-39° C dans les affections douloureuses : on fera bien de placer en permanence une vessie de glace sur la tête pendant la durée du bain. On peut aussi augmenter la densité de l'eau en l'additionnant de chlorure de sodium ou d'un autre sel. L'eau de mer est très utile.

La gymnastique dans le bain n'est pas une méthode de thérapeutique s'adressant à la cause de la maladie : elle est purement symptomatique, on peut l'associer aux autres agents physiques.

A.-L. Percival.

Nouvelles expériences biologiques concernant les eaux ferrugineuses naturelles. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 26 décembre 1901). — Adler revient sur des expériences que nous avons analysées en son temps (*V. cette Revue 1901, n° 15*) : il a examiné les micro-organismes fixateurs du fer que contiennent une série d'eaux ferrugineuses : parmi les eaux françaises, l'eau de Contrexéville (Pavillon) et l'eau d'Orezza ont été soumises a l'expérimentation. La plupart des échantillons ont subi des pertes notables en fer soluble.

La conclusion de ces recherches peut être aujourd'hui généralisée en ces termes : Les eaux ferrugineuses naturelles du commerce ne représentent pas un médicament stable : il y a lieu de prendre des mesures propres à éviter toute perte d'acide carbonique au moment de l'embouteillage, et toute introduction d'air atmosphérique dans les bouteilles ; un moyen pratique consisterait dans l'introduction d'acide carbonique en excès dans l'eau minérale destinée à la consommation. De cette façon, on obvie à la précipitation du fer par évaporation d'une partie de l'acide carbonique. Pour obvier en second lieu à la fixation du fer par les bactéries que toutes ces eaux contiennent, il y a lieu de stériliser le liquide en le soumettant pendant 1 à 2 heures à une température de 60° et davantage.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

PÉRICARDITE AIGUE

A. Traitement préventif.

De traitement préventif, il ne peut être question que dans le rhumatisme; encore le *traitement salicylé* ne met-il pas tous les rhumatisants à l'abri de cette complication.

Dans les autres maladies infectieuses, tous les moyens propres à combattre l'infection et ses conséquences sont en même temps, dans une certaine mesure, préventifs de la péricardite.

Il faut donc employer avec persévérance la *balnéation froide ou tiède*, suivant les cas; faire l'antisepsie intestinale au moyen des *grands lavages*, des *purgatifs salins*, du *calomel*; assurer la dépuration urinaire par le lait et les autres boissons, données en abondance; combattre la stase pulmonaire par la révulsion cutanée, sous forme d'*application de ventouses, d'enveloppements froids* et relever l'énergie cardiaque au moyen des injections de *caféine*, de *strychnine*; combattre enfin l'ensemble des accidents toxi-infectieux par les *injections sous-cutanées de sérum physiologique*, dont l'action se fait sentir à la fois sur le rein, la pression artérielle, le système nerveux, etc.

B. Traitement curatif.

La péricardite existe; on ne peut espérer en enrayer l'évolution, mais il n'est pas moins urgent de combattre énergiquement les principaux symptômes.

La révulsion sous forme de *ventouses scarifiées*, les *pointes de feu* produisent peut-être une diminution de la phlegmasie péricardique; en tous cas, ces moyens diminuent les palpitations des douleurs précordiales; contre ces derniers symptômes est également très utile la réfrigération, soit temporaire, sous forme de *pulvérisations de chlorure de méthyle ou de chloréthyle ou simplement d'éther*, soit permanente, sous forme d'applications de *compresses d'eau froide* (Bamberger, Friedreich) ou d'*une vessie de glace* (Gendrin).

L'*opium, la morphine* sont souvent nécessaires, conjointement aux moyens locaux.

Les *mercuriaux* proposés par les médecins anglais, le *tartre stibié* employé par Jaccoud ne répondent à aucune indication précise et sont d'ailleurs nuisibles à différents titres.

L'indication essentielle est de relever l'énergie du myocarde, qui est toujours atteint à un degré quelconque. La digitale est le tonique du cœur par excellence, celui que l'on doit employer en premier lieu, bien que Stokes conteste son efficacité lorsque « le cœur est placé sous le coup d'une excitation inflammatoire ». On pourra utiliser la *macération ou l'infusion de*

feuilles, aux doses usuelles (0 gr. 20 à 0 gr. 40), ou bien encore la *digitaline cristallisée en solution alcoolique* au *1000e*, soit 50 gouttes pendant un jour seulement, soit 20 gouttes, administrées quotidiennement, pendant trois jours.

En cas de collapsus, il faut avoir recours aux moyens dont l'action est plus rapide, c'est-à-dire aux injections sous-cutanées de *caféine*, *d'éther*, de *sérum artificiel*, prescrire la liqueur d'*Hoffmann* (2 à 4 gr.).

A ces moyens, il faut joindre les toniques sous forme de vins généreux, de champagne, etc.

Lorsque le traitement digitalique doit être suspendu, on maintient ses effets au moyen des autres médicaments cardiaques, notamment de la spartéine, que l'on emploiera en injections hypodermiques :

Sulfate de spartéine. . . 1 gramme
Eau distillée . . . . . 50 —

Injecter 1 à 2 cc. en 24 heures.

Ou, sous forme pilulaire :

Sulfate de spartéine. . } ãã 0 gr. 05
Extrait de convollaria . }

pour 1 pilule, 2 à 3 par jour.

Lorsqu'un épanchement abondant se produit, les toniques cardiaques constituent encore le meilleur moyen de le combattre.

Il faut moins compter sur l'action des purgatifs, des diurétiques; cependant, pour ne négliger aucune ressource, on pourra prescrire, outre le régime lacté absolu, la *théobromine* à la dose de 1 gr. 50 à 2 gr. par jour, en cachets.

Le *vésicatoire* est de moins en moins employé, cependant certains médecins ne croient pas encore devoir se priver de ce moyen.

Si, malgré tout, l'épanchement devient menaçant, la *paracentèse du péricarde* devient une opération de nécessité, bien que plus délicate que la thoracentèse. On doit ponctionner à 1 centimètre environ au-dessus de la limite inférieure de la matité; tantôt dans le sixième, tantôt dans le septième espace intercostal.

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Les fraudes dans les examens. — La loi suivante ayant pour but la répression des fraudes dans les examens a été promulguée le 23 décembre 1901. Les scandales du concours de l'Internat et le vitriolage des copies de l'hôpital Baujon auront eu au moins cet heureux résultat.

Art. 1er — Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Art. 2. — Quiconque se sera rendu coupable d'un délit de cette nature, notamment en livrant à un tiers ou en communiquant sciemment, avant l'examen ou le concours, à quelqu'une des parties intéressées, le texte ou le sujet de l'épreuve, ou bien en faisant usage de pièces fausses, telles que diplômes, certificats, extraits de naissance ou autres, ou bien en substituant une tierce personne au véritable candidat, sera condamné à un emprisonnement de un mois à trois ans et à une amende de 100 francs à 10.000 francs ou à l'une de ces peines seulement.

Art. 3. — Les mêmes peines seront prononcées contre les complices du délit.

Art. 4. — L'article 463 du code pénal est applicable aux faits prévus par la présente loi.

Art. 5. — L'action publique ne fait pas obstacle à l'action disciplinaire dans tous les cas où la loi a prévu cette dernière.

Décorations. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Commandeur. — M. le professeur A. Fournier (de Paris).

Officiers. — MM. les docteurs Blache et Magnan (de Paris).

Chevaliers. — MM. les docteurs Bonnaire, Florand, Gley, Guiard, Lepage, Robin-Duvernet, Rueff (de Paris); Félix Allard (de Grenoble); Beauvisage (de Lyon); Dupuy (de Moissac); Goy (de Reignier); Laussedat (de Royat); Lesceure (d'Oran); Mauny (de Mortagne-sur-Gironde); Monard (d'Aix-les-Bains); Rousseau Saint-Philippe (de Bordeaux).

Errata. — Dans la cinquième et dernière édition des **Consultations médicales** du Dr Grasset il s'est glissé, à la page 6, une erreur typographique qu'il est important de rectifier :

« Page 6, ligne 13, lire : 0.08 centigr. au lieu de 0.80 centigr.

Dans l'avant-dernier numéro de la *Revue de thérapeutique* (Variétés, 2e col. page 35), a propos du choix fait par la Faculté du successeur de M. Landouzy à la chaire de thérapeutique, une coquille assez amusante s'est glissée : au lieu de la Faculté *a désigné* M. Gilbert, on a imprimé « la Faculté *a dédaigné* M. Gilbert par 31 voix sur 32 votants. » Tous nos lecteurs, — sauf nos confrères de la presse, semble-t-il, — auront compris.

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie de l'utérus, du vagin et de la vulve par L. Gustave Richelot, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine (Bibliothèque contemporaine, Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris, 6e arrondissement). 1 vol. in-18 colombier, cartonné tête rouge de 600 pages, avec 160 figures dans le texte, 7 fr.

L'hygiène sociale, par Emile Duclaux, membre de l'Académie des sciences, directeur de l'Institut Pasteur, directeur de l'Ecole des Hautes-Etudes sociales. 1 vol. in-8° de la *Bibliothèque générale des Sciences sociales*, cart. à l'angl., 6 fr. (Félix Alcan, éditeur).

Dans ce livre, les maladies sont envisagées non en elles-mêmes, mais au point de vue de leur répercussion sur la société et de la facilité plus ou moins grande que cette société trouve à s'en préserver ou à les combattre. La communauté a le droit de voir dans le malade une menace permanente contre laquelle elle est mal armée car elle ne peut le suivre partout. La tactique à opposer à la propagation de la maladie est donc différente, selon que le malade est retenu chez lui, ou qu'il peut circuler et disséminer autour de lui les germes de son affection.

Tels sont les cas, parmi les maladies étudiées par M. Duclaux, de la *variole* et la *fièvre typhoïde* d'une part, de la *syphilis* et de la *tuberculose* d'autre part.

Pour lutter contre les maladies de l'estomac, par le Dr P. Aubert, 1 vol. in-16 de 95 p. cart., 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

On trouvera tout d'abord dans ce petit livre des notions élémentaires sur la physiologie de la digestion, puis des notions pratiques sur les aliments, leur valeur nutritive et leur digestibilité : viandes, bouillon, poissons, farines et fécules, aliments gras, légumes, fruits, condiments, boissons.

Viennent ensuite des conseils d'hygiène alimentaire et d'hygiène générale dans ses rapports avec la digestion, soins de la bouche, soins de l'intestin, etc.

Radiothérapie et Photothérapie, par le Dr L.-R. Régnier, chef du Laboratoire d'électrothérapie de l'hôpital de la Charité. 1 vol. in-16 de 96 pages, cartonné (*Actualités médicales*), 1 fr. 50. Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Depuis les origines de la médecine, l'influence bienfaisante de la lumière solaire a été empiriquement reconnue et utilisée : depuis environ un siècle seulement, des données positives ont été acquises sur son mode d'action. L'utilisation curative de la lumière artificielle remonte à peine à quelques années.

Après un rapide exposé de l'action physiologique de la lumière et des rayons X, le Dr Régnier étudie l'héliothérapie et surtout l'électrophotothérapie; il décrit les divers appareils inventés pour les bains de lumière artificielle et leurs effets physiologiques. Puis il passe aux indications thérapeutiques de la photothérapie et de la radiothérapie; il montre l'utilisation de la chaleur radiante lumineuse dans les maladies par ralentissement de la nutrition, dans les maladies des organes respiratoires et dans les affections génito-urinaires ou chirurgicales; il étudie l'action de la lumière froide, de la lumière colorée et des rayons actiniques dans les maladies nerveuses, les fièvres éruptives et le lupus.

Il termine par l'étude de la radiothérapie.

Nlle Imprimerie E. Lesnier dir., 35-37, rue St-Lazare, Paris — *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Académie de médecine

Prix proposés pour l'année 1904 :

(Les concours seront clos fin février 1904).

Prix de l'Académie. — 1.000 francs.

Question : « Les cirrhoses hépatiques; clinique et expérimentation. »

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). — 800 francs.

A l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Apostoli. — 600 francs.

Au meilleur ouvrage, travail ou mémoire fait dans l'année, en France ou à l'étranger, sur l'électrothérapie.

Prix François-Joseph Audiffred. — Un titre de 24.000 francs de rente.

A la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, fût-ce un membre résidant de l'Académie, qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 1er avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose, par l'Académie de médecine, dont la décision ne pourra être sujette à aucune contestation.

Prix Baillarger. — 2.000 francs (Biennal).

A l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

Prix Barbier. — 2.000 francs.

A celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Charles Boullard. — 1.200 francs (Biennal).

Au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

Prix Mathieu Bourceret. — 1.200 francs.

A l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

(A suivre)

Les médecins et la patente. — Les médecins ont souvent constaté avec regret que, bien qu'appartenant aux professions libérales, ils étaient soumis au paiement d'une énorme patente et que, pour l'établissement de cette patente, il s'en fallait de beaucoup qu'elle fût proportionnelle au revenu de la profession médicale.

Mais voici qu'on nous signale un cas nouveau : c'est le médecin qui n'exerce pas ou qui n'exerce plus et qui se voit, au bout de vingt ans, par la fantaisie de quelque administrateur de village, réinscrit sur le rôle des patentes. Voici un jugement du Conseil de préfecture de l'Aisne, qui nous paraît intéressant à reproduire pour nos confrères :

CONSEIL DE PRÉFECTURE DE L'AISNE. — SÉANCE DU 23 AOUT 1899

Le Conseil de préfecture, réuni en audience publique, où siégeaient MM. Périnne, président; Aaron et Galuski, conseillers, assistés de M. Balourdet, secrétaire-greffier, et en présence de M. Surugo, commissaire du Gouvernement;

Vu.. ..:

Ouï M. Galuski en son rapport, M. le commissaire du Gouvernement en ses conclusions :

Considérant qu'en 1876 le réclamant, aujourd'hui *âgé de quatre-vingt-huit ans*, a cédé sa clientèle au Dr Lécuyer;

Que, d'autre part, il est depuis une vingtaine d'années rayé du rôle des patentes, qu'il y a là une présomption qu'il a effectivement cessé d'exercer la médecine;

Que, s'il exact qu'il donne de temps à autre une consultation médicale, cette intervention de sa part ou bien est motivée par l'absence du seul médecin pratiquant, lequel perçoit les honoraires, ou bien s'applique à des indigents et est gratuite; que, dans l'un et l'autre cas, elle est dictée par des motifs d'humanité et ne motive pas l'imposition à la patente;

Que mettre à sa charge la preuve de la non rémunération des soins qu'il donne dans ces conditons serait, bien qu'il soit demandeur, exiger de lui une preuve négative impossible à administrer;

Que c'est à l'Administration, qui prétend qu'il perçoit des honoraires, à établir la réalité de ses dires, qu'elle n'administre pas cette preuve, non plus qu'elle n'établit qu'il n'y ait eu quoi que ce soit de modifié depuis l'époque où elle a elle-même jugé devoir le rayer du rôle;

Que dans ces conditions et attendu qu'il n'est pas établi que Fené exerce la profession de médecin rétribué, il n'y a pas lieu de maintenir l'imposition contre laquelle il réclame;

Par ces motifs et après en avoir délibéré, arrête :

Il est accordé décharge au réclamant de la somme de....., montant de la patente à laquelle il est indûment imposé, etc.

FELIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

MANUEL D'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Par **V. CORNIL**
Professeur à la Faculté de médecine, Membre de l'Académie de médecine, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

L. RANVIER
Professeur au Collège de France, Membre de l'Institut Membre de l'Académie de médecine

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

A. BRAULT
Médecin de l'hôpital Lariboisière, Chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine.

M. LETULLE
Professeur agrégé à la Faculté de médecine, Médecin de l'hôpital Boucicaut.

TOME PREMIER

L. Ranvier. Généralités sur l'histologie normale. Cellules et tissus normaux. — **V. Cornil.** Généralités sur l'histologie pathologique. Altération des cellules et des tissus. Des inflammations. — **A. Brault.** Des tumeurs. — **F. Bezançon.** Notions élémentaires sur les bactéries. — **Maurice Caxin.** Lésions des os. Lésions du tissu cartilagineux. Anatomie pathologique des articulations. — **V. Cornil.** Des altérations du tissu conjonctif. Lésions des membranes séreuses.

1 vol. in-8 avec 369 gravures, en noir et en couleurs, dans le texte..... **25 fr.**
L'ouvrage complet comprendra 4 volumes

LA PROFESSION MÉDICALE, ses devoirs, ses droits, par **G. MORACHE**, Professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bordeaux, Membre correspondant de l'Académie de médecine. 1 vol. in-12, cartonné à l'anglaise..... **4 fr.**

Traité Médico-Chirurgical de Gynécologie

par les Drs **LABADIE-LAGRAVE** et **LEGUEU**

Volume grand in-8°, avec 323 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise, 2e édition..... **25 fr.**

Ouvrage couronné par l'Académie des Sciences et l'Académie de Médecine

CHIRURGIE DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES, Traumatisme du foie et des voies biliaires. — Foie mobile. — Tumeurs du foie et des voies biliaires, par **F. TERRIER**, professeur à la Faculté de Médecine de Paris et **M. AUVRAY**, chirurgien des hôpitaux de Paris. 1 volume grand in-8° avec 50 figures..... **10 fr.**

TRAVAUX ORIGINAUX

LES ALCALOÏDES DE L'OPIUM

Morphine, Héroïne, Dionine.

IIe Série (*suite.*)

Notes pour la cure de démorphinisation. — Emploi de l'Héroïne,

par A. Morel-Lavallée.

Médecin de l'hôpital de la Pitié.

(*Le sujet est de première importance, aussi n'hésiterai-je pas à revenir de quelques pas en arrière, car c'est indispensable pour le lecteur. Les redites, s'il s'en trouve, me seront pardonnées : il fallait avant tout, rendre ce chapitre intelligible ; or, la tenue générale en avait été compromise, en raison d'une petite erreur commise au moment où le manuscrit fut coupé en tranches successives pour la publication. — Le mal est réparé.*)

Au point où nous sommes arrivés dans cette étude, il y a lieu d'envisager : 1° *le médecin*, 2° *le malade*, 3° l'*ambiance* (locaux et personnel), 4° *le procédé de cure* (brusque, rapide, progressive) ; — après quoi nous aborderons les généralités sur le traitement.

I — J'ai dit que le médecin « en titre » ne devait rien faire autre chose que *diriger* ce traitement ; il doit confier à un confrère (momentanément son subordonné) le commandement de la geôle morale où il aura, pendant quelque temps, à faire montre d'une fermeté, allant s'il le faut jusqu'à la brutalité. Le nouveau médecin peut être assuré que ces qualités le feront honnir et « remercier », mais cette considération, presque indifférente pour lui, l'eût été moins pour le médecin ordinaire, peu satisfait d'avoir à regarder la cure de son client morphinomane (en cas d'insuccès, ou parfois même de réussite) comme entraînant sa démission à terme. Il lui faudra donc faire accepter du malade son remplacement provisoire par un confrère ; puis faire agréer au confrère ce rôle temporaire de subordonné. A ce prix, le médecin pourra 1° ne pas se voir déranger à toute heure par le client qui l'implore et 2° ne pas prendre sur lui l'odieux du rôle de quasi garde-chiourme.

Ce double consentement, il ne l'arrachera aux deux parties qu'à la condition de ne pas rester lui-même sur les lieux ; de cette façon, nul froissement à craindre ; c'est pourquoi je conseillais au médecin de famille de choisir pour la cure chez soi (hors des maisons de santé) une localité sise dans la banlieue de seconde zone...

Si maintenant on se rapporte à mon dernier article paru (1) on verra ce que je considère comme de nécessité stricte. Le médecin aura ses coudées franches, par écrit; il n'acceptera pas une « cure partielle d'attente ». Il se sera assuré de l'obéissance du personnel, comme aussi du moral de son client.

II. — Le personnel devra comprendre un service de garde permanent, c'est-à-dire deux personnes au moins, ayant des connaissances médicales au moins sommaires, et d'un rang social assez élevé : il faut qu'elles aient qualité pour pouvoir opposer au malade, éventuellement, un refus formel, voire même un démenti.

III. — Voilà donc le médecin, avec ses sous-ordres, dans la localité qu'il a lui-même choisie pour terrain de manœuvres. Avant même d'avoir examiné son sujet, il a ses idées à lui, sa préférence, en faveur de tel ou tel des procédés de cure. Sevrage *immédiat*, *rapide*, *progressif*.

Oui, il a ses préférences, et cela très honnêtement, par principes ; quitte à faire fléchir principe et applications, si le cas particulier du malade l'exige. Ne faisant pas ici un *Traité* sur la matière, présentant simplement quelques notes à ce sujet, je pourrais ne pas donner mon avis, je *devrais* peut-être ne pas le donner, et éviter là une digression. Je considère que *mon devoir* est tout à l'opposé.

Trois nouveaux cas viennent de s'ajouter à mes observations de toxicomanie : le *premier cas* est celui d'un jeune élève à moi, soigné et guéri dans une maison de santé, près Paris, par la méthode progressive modérée, pour finir, à peu de temps là, l'infortuné victime d'un accident de traumatisme.

La *IIe obs.*, a trait à un tuberculeux à cavernes, *vieux morphinomane*, traité sur sa demande dans une maison de santé du Littoral. Etant assez affaissé, il ne se regimba pas contre la rapidité avec laquelle fut conduit le sevrage. Un soir, sentant venir la syncope qui le menaçait (2), il implora à plusieurs reprises l'injection de morphine qui eût été son salut.

L'interne de service, prévoyant un refus du médecin en chef, ne voulut pas l'envoyer chercher ; or, il n'existait aucune solution de morphine qui fût à sa disposition. Le malheureux trépassa dans la syncope. Il y eut même ceci de terrible : l'interne, affolé, regardait effaré ; mais avec lui se promenait et était venu le jeune pharmacien, objet lui-même de la triste observation qui suit la présente, et morphinomane également. Ce fut lui qui fit la flagellation, la traction linguale, la respiration artificielle... Lui-même, dans le même établissement, avait eu, au début de sa cure, une ou deux de ces syncopes affreuses, et plusieurs autres à l'état d'ébauche. Il savait, avant comme après cette catastrophe, qu'il aurait les mêmes difficultés d'obtenir une piqûre, et que la solution qu'il fallait était sous clé..... Elle resta libre dehors, pourtant, à partir de ce « fâcheux incident. »

Obs. III. — Le jeune homme donc qui en avait été témoin était un pharmacien colonial, venu volontairement, lui aussi, pour se faire guérir par la suppression *lentement* progressive. J'ai à présent la pleine conviction, disait-il, moi qui ait été guéri et qui viens de rechuter, *qu'avec cette méthode on peut guérir presque sans avoir à souffrir*,

(1) *Rev. de Thérap.*, 15 nov. 1901.

(2) Les syncopes cardiaques sont souvent annoncées une seconde auparavant par les malades, notamment celles du tabagisme. Celles du morphinisme, dues sans doute à l'intoxication du bulbe, le sont de même ou *peuvent l'être* : tel était le cas pour les deux malades des obs. III, (récit verbal) et II.

Le sevrage est, il est vrai, un peu long ; mais cette prolongation de la cure est prise sur la convalescence.

Sa famille, bien malheureusement, eut peur pour le repos de son esprit, qu'elle crut devoir être menacé si le malade restait sur le théâtre du drame. On l'envoya, en conséquence, achever son traitement dans la propriété rurale d'un parent, sous la garde d'un vieil étudiant en médecine.

On était au mois de mai, sous les rayons brûlants du soleil de Provence. Ce médecin, constatant avec admiration que son client supportait assez bien le sevrage progressif, sans s'aliter, sans même trop se refroidir, abaissa les doses du toxique avec une plus grande rapidité, malgré les plaintes du malade, malgré ses protestations contre le manquement à la foi jurée (1). L'autre n'en eut cure, et le malade *quitta sa villa*, trois semaines après, *ne prenant plus de morphine*. « Docteur, dit-il en partant, je vous le répète pour la centième fois: je ne prends plus de morphine, mais je ne suis pas guéri ; *vous ne m'avez pas guéri, puisque je ne fais qu'y penser et qu'à la première contrariété j'ai bien peur de retomber*. Toutefois, je vous jure de résister.

Il tient parole, du reste: sorti de la villa, il part avec des amis faire un voyage en Hollande. Pas de morphine ; mais au bout d'un mois, le voici de retour à Lyon, auprès des siens. Bientôt il s'ennuie. « Il fait la noce », puis, un beau jour, n'y tenant plus, il envoie chercher de la morphine et se fait une ou plusieurs piqûres. Il était 6 heures du soir. Il n'avait pas pris garde, le pauvre, que si son cerveau n'était pas guéri, son corps l'était. Ses cellules étaient bel et bien débarrassées et déshabituées du poison. La preuve c'est que, somnolent toute la journée du lendemain, il se coucha le soir et s'endormit, pour ne plus se réveiller. Il avait pris une dose, tolérée 3 mois plutôt, mais devenue toxique plus tard pour son organisme réellement démorphinisé. Cependant, comme il le disait, le malheureux, était-ce là la guérison? L'avait-on *guéri* de sa toxicomanie, de sa piquomanie? On l'avait *sevré* pour 40 jours, et au prix de quelles souffrances! La belle affaire, en vérité!

Ces désastres n'étaient pas faits pour changer ma manière de voir. « *Natura non facit saltus!* » *Nec mens*, je suppose! Aussi, je le déclare ici bien nettement: Je ne me permets pas de juger mes confrères, tout aussi consciencieux que moi, et il doit y avoir des morphinomanes ayant un système nerveux exceptionnellement tolérant. Mais moi, je *me* regarderais comme *criminel de tenter la démorphinisation brusque*, comme *imprudent* de la tenter *trop rapide;* comme *maladroit* de tenir à désintoxiquer le corps sans que l'encéphale se soit, parallèlement, débarrassé de sa folie piquotoxicophile.

IV. On voit quel rôle important je fais jouer, dans le succès de la cure, à l'état cérébral, névraxile, du malade. Il faut que son encéphale soit *terrain meuble* pour recevoir et faire germer la semence curatrice, — qu'il soit le moins énervé possible, — confiant et bien disposé, au maximum, pour son docteur, — de bonne foi et résolument consentant à se laisser guérir, — le désirant même.

Voilà donc le médecin en possession de la sympathie du malade ; à celle-ci, il devra répondre par une patience à toute épreuve, une loyauté absolue: l'assurer qu'on ne *trichera* pas. « Toute diminution de votre dose usuelle vous sera révélée. »

(1) Je regarde comme un élément capital de succès la confiance du malade au médecin, la certitude que le programme convenu sera fidèlement exécuté: c'est une cause d'énervement en moins. Une ligne de tirailleurs soutenue par des réserves aura un meilleur tir, je suppose, que si les soldats sont dans la crainte d'être tournés et fusillés de dos.

Débuts de la cure.

Détermination de la dose de luxe. — Nombre de piqûres quotidiennes.

La première chose que le médecin va avoir à faire, c'est de reconnaître les lieux, faire l'inventaire, mesurer les dégâts, apprécier le mal dans toute son étendue : Combien de morphine prenez-vous par jour ? En combien de fois ? — En combien de piqûres, de seringuées ? — à quelles heures ?... D'aucuns diront la vérité, par exemple : 1° les petits morphinomanes ; 2° les malades qui ont à leur actif plusieurs tentatives de guérison, chacune étant suivie d'une rechute, celle-ci étant toujours de moins en moins lourde comme dose et plus près de la guérison. Ces malades étant mis à part, les réponses pourront être divisées en deux catégories.

Ceux-ci craignent d'être sevrés trop rapidement, aussi se feront-ils plus noirs qu'ils ne sont. Ils « ignorent » le nombre de leurs piqûres... « Ah ! je ne sais pas combien de piqûres par jour. Je me piquais *presque tout le temps* ! ». Mais, en allant au fond des choses, on arrive à savoir la vérité, et alors on reste étonné de retrouver constamment le même fait : voilà des gens qui non seulement n'ont plus d'euphorie, mais qui encore, une fois saturés avec une certaine dose, ne ressentent plus absolument rien des piqûres en supplément.

Interrogez-les. Chez tous, vous allez trouver la piquomanie : 1° leur dose totale, il la leur faut, mais subdivisée en piqûres aussi nombreuses que possible : « Mais, direz-vous, pour vous injecter 0,03 vous vous faites trois piqûres de un cent. cube, c'est vous faire souffrir bien inutilement : on vend des seringues de 0,03 cent. cubes, on fait des solutions à 3 0/0. » Il faut voir quelle unanimité dans le refus ! Il leur faut leurs trois piqûres, leurs trois coups de seringue, leurs trois coups d'aiguille — le geste trois fois répété. Et c'est à ces gens-là que l'on veut proposer le remplacement progressif de leurs piqûres par des *pilules d'opium* ou des lavements laudanisés ! (1). C'est comique.

Les *gros* morphinomanes, une fois arrivés à leur point de saturation, ne sentiront plus rien du tout, s'il leur prend idée de faire de nouvelles piqûres. Mais soyez tranquilles, ils s'en feront tout de même, bien qu'arrivés au minimum de ce nihilisme anesthésique. Ce sont ces piqûres de surplus qui constituent la dose ou *ration de luxe*. La suppression leur en est à peine sensible, quelquefois même elle passe inaperçue.

Ils se laissent faire, en tout cas, presque sans protester. C'est que l'on n'en est qu'au premier jour, leur confiance est encore entière, ce qui n'est pas à dédaigner. Voilà donc le premier résultat acquis : la première chose que doive rechercher le médecin, en commençant la cure, c'est la *suppression de la ration de luxe*. Comment y parvient-on dans la pratique ? En réglementant les piqûres ; ici, un court développement est indispensable.

Le médecin va, très solennellement, faire avec son malade une *convention*, en vertu de laquelle, le malade ayant indiqué le nombre de piqûres qu'il se croit indispensables, la dose de toxique, en tout et pour chacune d'elles ; et les intervalles maxima pendant lesquels il peut attendre la piqûre subséquente, — le médecin, dis-je, après avoir reçu du malade la liste des piqûres demandées, et des doses, — « *marchandera* » le plus possible pour réduire le sujet à la dose de piqûres minimum pour qu'il soit exposé à souffrir les

(1) C'est même pour cette raison que je n'ai pas cru devoir aborder ici l'emploi des sédatifs et des narcotiques vicariants par ingestion. Il est probable que dans ce cas, les malades, pour satisfaire leur piquomanie, se font sous la peau des injections d'eau pure avant de jeter leur seringue ;... mais ces piqûres d'eau, ce n'est que le prélude de la reprise.

affres du besoin ; puis il passe avec lui une convention verbale par laquelle il homologue la liste des piqûres demandées et des doses indiquées, leur établissant en échange un horaire à intervalles immuables.

Le médecin s'engage à rester quelques jours à cette dose de toxique *nécessaire* au malade ; celui-ci, qui ne souffre pas encore, prend confiance et s'habitue à l'idée du sevrage progressif. Il s'embarque alors pour sa cure de bon cœur et sans arrière-pensée. Il n'a toujours perdu que sa *ration de luxe* (1).

La quantité totale de toxique permise au malade, et jusqu'à nouvel ordre conservée, c'est la *ration d'entretien*. Avec celle-ci nous avons atteint, sur le graphique des doses, un plateau où l'on doit un moment stationner ; — c'est en partant de là, au bout de quelques jours, que l'on commencera à *diminuer*, non le titre (2) ni même encore la dose d'aucune piqûre, mais le *nombre* de celles-ci. C'est en procédant de la sorte que j'ai pu arriver à réaliser la suppression progressive demi-lente, dans des conditions telles que le malade ne souffre point ou seulement d'une façon minime.

Puis, à un moment donné, on substituera, mais SANS LE DIRE, l'héroïne à *telle piqûre*, faite à *telle heure* (soit pure, soit mélangée à la morphine) et alors, on verra les confidences du malade : « Oh ! je n'ai rien senti, ce n'était que de l'eau. — Vous vous trompez ! » Et il se trompe en effet tellement, que l'oubli volontaire, ou le long retard qu'on organise pour la piqûre suivante ne sera pas l'objet des plaintes du sujet.

Ce n'est, du reste, pas toujours très commode de se mettre d'accord avec son malade sur le nombre des piqûres. « Voyons, mon ami, à quelles heures avez-vous le plus besoin de piqûres ? — Au réveil, le matin, à 8 heures ? Bon, et d'*une* !! Et puis, une au déjeuner ? Pour vous ouvrir l'appétit ? — A midi, alors ? Soit, *deux* ! — Et après ? — à 2 heures, comme digestif ? — Ah ! non, par exemple, une seule, — avant ou après, — choisissez ! Nous disons *deux* ! au plus *trois*... Si vous faites votre deuxième à midi, resterez-vous jusqu'à 7 heures sans rien autre ? Non ? Alors, à 5 heures ; *trois* ! Puis la dernière à 11 heures ? *quatre* ! Et encore, celle-ci, vous y tenez beaucoup ? Voyons, franchement, vous ne cherchez pourtant pas le sommeil, avec votre morphine ? Non, n'est-ce pas ? Eh bien, pas de piqûre à 11 heures et mettons la quatrième à 1 heure du matin, voulez-vous ? »

Quatre piqûres quelquefois... *ordinairement cinq*, *dans les 24 heures*, tel est le chiffre minimum auquel les malades consentent couramment à se limiter, comme nombre initial, au moment de la cure de sevrage.

Mais voici venir le moment où le médecin croit pouvoir recourir à l'héroïne ; par quelle dose va-t-on commencer, et sur quelle table d'équivalence pourra-t-on s'appuyer ? C'est, je l'ai dit, affaire de tâtonnement. Ce qui me reste à dire s'appliquera donc uniquement aux notions les plus récentes et aux rectifications éventuelles qui s'imposeront.

Il est une indication qui me paraît dominer au premier chef toute la cure : c'est, — j'y ai fait allusion, — la nécessité de laisser ignorer au malade l'emploi que l'on va faire de l'héroïne, ou même de toute autre substance de ce genre, analogue à la morphine et

(1) Votre ration de luxe, me disait le malade de l'observation III, n'existe que *pour vous, médecin*. C'est celle qui produit un effet quelconque en plus de l'effet *médical* cherché. Mais sachez bien que, *pour un morphinomane, il n'y a pas de ration de luxe*. Elle n'est pas inutile. Je sens très bien quand vous m'en privez.

(2) Veut-on avoir une idée de l'importance qu'offre le titre des solutions ? Le malade de mon observation me disait : « La solution à 2 0/0 des hôpitaux est tout à fait insuffisante pour moi (il prenait 0 gr. 75 de morphine par jour). Il me faut une solution à 3 0/0 au moins. — Quant à une solution à 1 0/0, j'aime autant rien. Le docteur m'en avait apporté, je l'ai jetée.

susceptible de la suppléer par voie hypodermique. J'ai dit plus haut les dangers sérieux auxquels exposerait une conduite contraire, je vais le prouver à présent par des exemples cliniques. Le malade a donc perdu contact avec l'euphorie. Que lui donne la piqûre? Seulement ceci : *cessation rapide et perçue du besoin*, et *la conscience des forces réparues*. Vienne le moment de substituer l'héroïne à la morphine, piqûre par piqûre, — ce qui se fera avec une sage et progressive lenteur, — qu'y aura-t-il de changé pour le patient? Oh! bien peu de chose! un simple mot en moins dans la définition précédente l'exprimera suffisamment : l'effet obtenu, moins rapide, passera *inaperçu* dans le moment. Le résultat seul en sera appréciable, *une fois produit après* un temps de trois fois à quinze fois plus long.

Alors, en effet, que sera écoulé le délai nécessaire à l'*incubation thérapeutique*, l'effet se trouvera être identique à celui qu'aurait donné plus rapidement la morphine. Aussi, au bout d'un certain temps, le malade en arrivera à *ne plus discerner ce que la substitution de l'héroïne* à la morphine lui aura *fait perdre comme rapidité* du soulagement. Le souvenir du cher euphorique s'efface peu à peu de son esprit; on peut dès lors dans la médication destinée à maintenir le sujet dans le calme, augmenter la part des toniques, révulsifs, etc., tandis qu'on diminue parallèlement la quantité du toxique héroïné.

A ce point, la situation du malade se trouve sensiblement analogue à celle d'un sujet, atteint d'anémie post-hémorrhagique qui se *remonterait* rapidement par l'ingestion des substances reconstituantes et toniques *ingérées*, et des injections de sérum accessoirement. Un jour donc viendra où l'on pourra dire : « Est-ce que vraiment cela vous est si agréable, ces piqûres? Cela vous remonte-t-il autant que jadis? Et avez-vous autant besoin d'être *remonté*, c'est-à-dire de recourir à l'emploi *brutal et massif* des médicaments prescrits? *Quelles sont celles* de vos piqûres qui vous sont particulièrement indispensables? » Et alors, on entrevoit la suite. On arrive à ne plus faire que deux piqûres, une le matin et une le soir, puis une seule le soir; et enfin celle-ci disparaît progressivement. A cet instant, la vigie signale que l'on est devant le port : c'est parfait, mais que l'on prenne bien garde de ne prononcer le NUNC DIMITTE qu'avec une infinie prudence et une certitude absolue, c'est-à-dire qu'il faudra plutôt attendre trois ou quatre semaines de plus et en être arrivé *depuis 8 jours* aux piqûres d'eau (1) avant de présenter au malade sa guérison sur un plat d'argent.

On conçoit à présent que le médecin hésite à entreprendre une cure semblable : c'est si gros d'ennuis pour lui, depuis la perte de confiance et de sympathie de son client, jusqu'à l'ennui du « raté » possible et même l'imputation « pleine de gratitude » d'avoir « donné à son client une intoxication *de plus* » ou le « besoin de *doses plus fortes* ». Aussi ne saurait-il exagérer la prudence et la discrétion pour sa propre garantie. Il est donc sage de ne jamais prononcer, même après coup, le nom de *piqûre d'eau*, qui, pour le malade, implique toujours l'idée vexante d'une supercherie dont on l'a rendu victime,

(1) Lorsque j'écris *piqûre d'eau*, ce n'est pas d'*eau pure* que je veux dire, attendu que le malade, flairant la supercherie en présence d'une piqûre inactive et douloureuse (car l'injection d'eau pure fait réellement mal), aura certainement l'idée de goûter le liquide employé. Le fait m'est arrivé une fois et m'a valu un insuccès. Il me paraît donc indispensable, lorsqu'on croira pouvoir substituer sans inconvénients au toxique l'*eau pure*, de mélanger à celle-ci une substance capable de lui conférer une certaine amertume (antipyrine, spartéine, etc.), et d'y faire dissoudre une dose infinitésimale de cocaïne. De cette façon on arrive à donner à l'eau, par tâtonnements, une amertume rappelant à peu près celle des solutions morphinées; et, en même temps, on n'a plus à craindre la douleur que cause l'injection (sous la peau) du protoxyde d'hydrogène filtré, du moment que le liquide en usage correspond à une solution cocaïnée titrée à 1/400 environ.

et d'employer le mot de « sérum », si commode aujourd'hui pour masquer les variétés d'injections les plus compromettantes.

Car il y aura des « ratés » même chez les *petits* morphinomanes, même entre les mains les plus expérimentées, même avec les circonstances les plus favorables « au moment de l'entrée en campagne ». Il y a des gens incurables, nous en avons tous vus; il y en a qui *ne veulent pas* guérir.

Il y a, à côté de cela, des hasards malencontreux qui viennent tout gâter. Enfin il y a les supercheries désastreuses de l'entourage, qui confond *faiblesse* avec *affection*. Ne serait-ce qu'en vue d'un de ces « ratés » possibles, pour lequel l'insuccès serait venu de causes fortuites, les précautions que je disais n'ont rien qui soit oiseux ni superflu. Si même il n'avait pas à sauvegarder son intérêt personnel, le médecin, en faisant montre d'une semblable prudence, pourra se dire qu'il a tout fait pour garder la possibilité de tenter une autre fois la guérison de son client.

Il y a des cas, enfin, où l'insuccès est presque obligé : c'est lorsque le patient est encore en proie à une affection douloureuse dont les paroxysmes, sujets à récidive, ne laissent clairement entrevoir au malheureux qu'un avenir de souffrances, plus ou moins continues. Tel est le cas pour les cancéreux et les ataxiques. L'échec se présente avec de telles chances de certitude qu'il faut bien du courage au médecin pour aller tout de même de l'avant; à moins qu'il ne soit sollicité par son client lui-même, parvenu alors à de hautes doses toxiques journellement absorbées en pure perte, c'est que toutes les drogues, et surtout les calmants et narcotiques, émoussent rapidement leur action; ils finissent par ne plus rien produire, ou sinon rien autre chose qu'une sorte d'abrutissement toujours « asymptote » au sommeil. C'est fait pour eux de l'espoir d'arriver jamais à une période de calme complet, ou à un repos vraiment réparateur. Ce serait demander à la nature humaine un effort trop au-dessus de ses moyens que d'exiger de malheureux, torturés par ces effroyables souffrances, de renoncer à la seule substance capable de leur apporter du soulagement, — alors qu'ils sont, tout comme nous, au courant du triste arrêt d'incurabilité qu'un destin impitoyable a prononcé sur eux.

Et puis, ayons le courage de l'avouer, est-il vraiment si désirable de « guérir » un tabétique de sa morphinomanie, alors qu'on n'a rien à lui offrir pour tenir lieu de ce qu'on lui enlève? Il est, dans la réalité, si difficile d'obtenir de telles guérisons, que je ne me serais même pas posé cette question, si une autre n'en devait pas découler, dont la solution s'impose subitement à nous, aujourd'hui que nous tenons un succédané de la morphine.

Nous voici en face d'un de ces pauvres incurables voués à d'affreuses souffrances que seule la mort viendra terminer; il en est arrivé au moment où, ayant épuisé tous les analgésiques usuels, il réclame ou *exige* l'emploi de l'hypodermie. Pour répondre à sa prière, nous avons à notre disposition la morphine et l'héroïne. A laquelle allons-nous recourir, maintenant que nous savons sur ce sujet la triste vérité, c'est-à-dire que, accorder la narcose par voie hypodermique à ces malades aux crises récidivantes, c'est les aider à mettre un pied dans une intoxication en fait inévitable?

Trois méthodes vont s'offrir à nous : j'entends, par *la troisième*, l'usage éclectique, alternatif, ou sous forme de mélange, des deux alcaloïdes rivaux. J'avais fondé le plus grand espoir sur ce *mélange* où l'on varierait expérimentalement les proportions des deux substances, associant avantageusement l'arme à trajectoire tendue et à longue portée que constitue l'héroïne, et l'outil capricieux, léger, agréable que nous avions déjà dans son aînée. La vérité m'oblige à confesser que, de ce côté, j'ai été déçu. Soit que j'aie mal établi mes proportions, ou mal choisi mon moment, que j'aie manqué de patience dans

mes essais, ou disposé d'un nombre de cas insuffisants, je n'ai rien obtenu de bon. Je voulais, avec une somme de toxique moindre, totaliser l'action plus énergiquement thermogène, réchauffante de la morphine — et l'activité supérieure, sous dose moindre, de l'héroïne : or, il m'a semblé que cette association posologique amoindrit les avantages de l'une et de l'autre. Par exemple, ayant à faire une piqûre de 3 centigr. de morphine, j'injectais en place une solution comme suit : 0,015 de morphine et 6 milligr. d'héroïne (soit un chiffre REPRÉSENTANT à peine la moitié du poids qu'il eût fallu donner en morphine). Eh bien, je n'arrivais pas à obtenir la même bouffée de chaleur circulante qu'avec 3 centigr. de morphine ; ni une durée suffisante de l'action dynamogène qu'eût produite la dose totale exprimée en héroïne, soit le double de *sa* dose actuelle, ou 0,006 × 2, ou 12 milligr. Aussi suis-je revenu à l'emploi combiné, mais séparément, des deux alcaloïdes, au gré de mon inspiration. Mais retournons au pauvre diable, qui réclame à grands cris *des piqûres* et dont la famille, après vous avoir entendu, vous a déclaré — *ou écrit* — qu'elle sait que ce régime des « piqûres », inaugurées en ce jour où les douleurs sont devenues intolérables, ira sans cesse en s'aggravant et ne fuira qu'avec le malade lui-même. La décision à intervenir ne relève plus que de l'initiative du médecin, et de lui seul, car, pour les profanes (1) L'HÉROINE N'EXISTE PAS et qui dit *piqûre* dit *morphine*. C'est à vous, médecin, qui allez faire payer au patient l'apaisement de ses souffrances au prix d'un empoisonnement progressif, de faire votre choix : pour lequel allez-vous vous décider ?

D'abord, et *a priori* (car il faudrait de nombreuses observations pour élucider encore ce point) mon impression est qu'il est préférable de n'employer qu'un *seul des deux alcaloïdes à la fois*, gardant l'autre en réserve pour le moment où le premier aura épuisé son action.

Il est préférable, puisque dans les deux cas l'intoxication est inévitable, que le malade fasse succéder l'une à l'autre, au moment où la première aura perdu son efficacité curatrice ; il se sera conservé NEUF pour la seconde substance, et celle-ci, étant nouvelle venue, lui offrira, il faut du moins l'espérer, un secours d'une utilité aussi durable, aussi prolongée (?) que la première.

Vaudra-t-il mieux commencer par la morphine ou par l'héroïne ? La réponse ne me semble pas douteuse ; le cas est le même pour ce malheureux que pour tout patient quelconque, jusque-là vierge de tout alcaloïde et dont nous aurions dû suivre la marche dans la toxicomanie. Il y a intérêt, ou, plus exactement, moindre dommage pour lui à préférer celui des deux toxiques dont l'usage n'est accompagné *d'aucune sensation de plaisir*, car il ne demandera pas de piqûres superflues.

La supériorité de l'héroïne dans cet ordre d'idées sera encore plus évidente si l'on suppose le cas d'une erreur par excès de dose. Qu'un sujet, lors d'une injection, ait reçu une dose trop forte, ou alors qu'il ait eu des piqûres en trop, une fois son soulagement obtenu, qu'arrivera-t-il ? La tendance à la narcose sera faible, chez un habitué, s'il s'agit de la morphine, la douleur étant, comme on sait, le contre-poison des narcotiques. En supposant même encore inconnu le tableau de l'empoisonnement héroïné, on peut cependant, sans trop s'aventurer, supposer que les accidents seront moins graves, moins effrayants avec le premier de ces alcaloïdes ; il sortira donc difficilement de là une leçon de choses profitable au malade, — un appel à sa modération. Vomissements et maux de tête passeront peut-être inaperçus, dans le délicieux contraste du calme reposant, succédant soudain à l'orage terrible aux fulgurations incessantes. Ce n'est plus le som-

(1) Beaucoup de médecins très distingués ignorent encore son nom.

meil qui va s'observer ici, il est tardif et accessoire ; mais c'est un assoupissement *vigil*, avec les sensations associées de lévitation et de soulagement ; le soulagement conscient de furieuses douleurs dont il garde encore une sensation vague, lointaine : queque chose comme le souvenir confus d'un contact douloureux. Peut-être même, grâce à cette impression incertaine de simples *contacts pénibles* succédant *in loco* aux éclairs déchirants, lacérant les chairs, écrasant les os tordus et broyés dans l'étau tortionnaire du tabès, — le patient sera-t-il ici redevable, à une surélévation brusque et inopinée de la dose, d'une quasi-euphorie. En un mot, le malade ne se plaindra sans doute pas de cette agréable erreur majorative, loin de là : c'est cette dose-là qu'il va réclamer au suivant accès. Conséquence : une intoxication fort aggravée en un tour de main, et sans retour. C'est, en effet, du moment qu'un accident grave d'empoisonnement a été évité, l'adoption presque forcée, pour et par le malade, à titre de ration calmante usuelle, nécessaire, de la dose accidentellement surélevée.

Pour la morphine, c'est donc absolu, flagrant. Pour l'héroïne, c'est tout différent, en raison de l'action puissamment soporifique du médicament. Tant que la crise douloureuse est à son maximum, le sujet sent seulement les souffrances diminuer de violence ; puis, quand elles faiblissent, il devient somnolent, si bien qu'enfin, l'accès s'étant progressivement évanoui, le malade également dompté succombe et s'endort. C'est un sommeil profond et prolongé, d'où il s'éveillera la tête lourde et sans conserver de souvenirs autrement « engageants ». On comprend donc qu'il puisse juger en lui-même comme inutile ce sommeil consécutif, et inférer de là qu'avec une dose moindre, à l'avenir, il puisse arriver au soulagement, sans recevoir ce coup de massue soporifique.

Tel est le mode d'action des deux alcaloïdes. On comprend, après tout cela, que je m'arrête au choix de l'héroïne, d'une façon générale. On a dit qu'avec cette substance l'accoutumance était nulle ; ce serait vraiment trop joli, et il vient sans doute ici un moment où, la limite étant franchie, l'imprégnation alcaloïdique verse dans l'empoisonnement, c'est-à-dire la saturation toxique, avec ses désordres qu'on ne saurait plus impunément tolérer. Il sera toujours temps alors de s'arrêter, et de remplacer l'héroïne par la morphine, ou bien d'associer les deux substances d'une façon quelconque. Mais c'est là de la théorie ; la réalité nous l'aurons plus tard, grâce à l'enseignement de la clinique, qui seule est apte à nous la fournir.

Voici le moment de conclure : le précédent parallèle clinique des deux alcaloïdes a-t-il infirmé mes opinions de l'an dernier? Assurément non ; et pourtant les troubles nerveux qu'est susceptible d'amener l'héroïne imposent une certaine prudence dans son emploi. Cette substance n'en mérite pas moins d'être conservée dans l'arsenal thérapeutique, où elle se présente, — à quelques différences près, — comme un succédané de la morphine. Elle doit même lui être, à mon avis, préférée d'une façon générale. Je conseille de l'employer aux lieu et place de la morphine pour les injections hypodermiques faites en vue de calmer les douleurs chez les sujets *encore vierges de morphine*, ou chez ceux *qui ne sont pas morphinomanes*.

Ils éviteront ainsi *toute chance de toxicomanie*. Malheureusement, l'action de l'héroïne, dépourvue de toute sensation agréable (euphorie), s'exerce d'une façon plus lente, aussi ne pourra-t-elle réussir à faire oublier la morphine.

Celle-ci conservera toujours parmi ses fidèles : 1° les toxicomanes impénitents à la poursuite de l'euphorie ; 2° les malades sans espoir, déchirés par des paroxysmes d'une acuité douloureuse intolérable, qui trouveront en elle, et en elle seule, l'apaisement absolu,

immédiat, agréablement et consciemment perçu; 3° la chirurgie enfin, qui, recherchant avant tout la rapidité opératoire, ne voudra pas se priver de la précieuse soudaineté d'une anesthésie intégrale.

La même raison empêchera, dans un autre ordre d'idées, le médecin lui-même de renoncer entièrement à la morphine au profit de sa cadette. Voyez-le en présence d'une crise subite : appelé d'urgence, il a reconnu une colique hépatique. Veut-il être sûr que la crise sera terminée au moment où il sortira de chez son client, il s'adressera à la morphine. Supposez, au contraire, qu'il se soit servi d'héroïne: le voilà obligé d'attendre 15 à 20 minutes que le remède ait produit son effet, ou bien alors de quitter son malade, rassuré tout au plus par la *promesse* d'un soulagement imminent, mais *non encore calmé*!... Dans quelle posture sera-t-il vis-à-vis de son client, si celui-ci, lors d'une précédente crise, a fait venir un confrère plus heureux, ou plus *avisé*, qui lui aura promis *et procuré* le soulagement *instantané* spécial à l'injection morphinique?

Mais où l'héroïne mérite au plus haut degré l'attention des médecins, c'est pour la morphinomanie. L'héroïne nous offre, en effet, une ressource inespérée pour le traitement de cette intoxication, alors surtout que le médecin pourra s'appuyer sur certaines circonstances adjuvantes, que voici : 1° Le morphinomane soumis à la cure héroïnée ignorera, si possible, l'emploi fait pour lui de l'héroïne, à quels moments on en fait usage, et son dosage. Le mieux serait, je l'ai dit, que le public ne connût pas l'existence d'une substance analogue à la morphine, et susceptible d'être employée en son lieu et place, également par voie hypodermique; 2° le malade ne devra jamais avoir la possibilité de recourir, même une seule fois, même pris au dépourvu, à la morphine. De par la rapidité de son action, au moment d'une crise exceptionnellement violente, celle-ci inspirerait pour l'avenir au sujet, par suite d'une comparaison involontaire, mais funeste, le dédain de « l'autre », de ce calmant considéré désormais par lui comme inférieur.

III. — Un morphinomane traité par l'héroïne ne devra *jamais* pouvoir s'injecter l'héroïne *lui-même*; au moment précis où il est torturé par la souffrance, il n'a pas oublié, disons-nous, la rapidité de la morphine : et voici que le calme ne vient pas instantanément, aussitôt après une piqûre d'héroïne !.....

Dès lors, il va forcément réitérer celle-ci, voire même à plusieurs reprises, jusqu'à l'expiration de la phase *présédative*, ou jusqu'à l'absorption d'une énorme dose d'héroïne accumulée; or, celle-ci étant probablement tolérée par un sujet déjà mithridaté, le malade se trouverait, de la sorte, avoir franchi d'un seul bond plusieurs degrés sur l'échelle des doses progressives de l'intoxication héroïnée.

IV. — Dans les maladies incurables, présentant des paroxysmes douloureux et parvenues à un stade voisin du terme fatal, le médecin, sollicité de calmer les douleurs au moyen d'injections hypodermiques, me semblerait bien inspiré en substituant l'héroïne à la morphine, car, si la toxicomanie (qui ne sera jamais bien longue) doit s'ensuivre, elle se produira moins rapidement avec l'héroïne; c'est là un sursis bien précieux pour le malade, qui verra ainsi reculer le moment où tout calmant va échouer devant les progrès d'un mal qui ne pardonne pas.

Des contre-indications de l'héroïne. — Bien court, en vérité, ce chapitre. En raison du manque d'observations, la prudence nous commande, étant donnée la toxicité plus grande de l'héroïne, de considérer celle-ci comme reconnaissant les contre-indications que l'on connaît à la morphine. Cette dernière était, de tout temps, formellement interdite aux cardiaques et aux albuminiques; depuis peu, on a cru [illegible] pouvoir [illegible]

de cette inflexible rigueur; il y aura sans doute lieu de faire, avec la plus grande prudence, bénéficier l'héroïne de la même faveur.

C'est, je l'ai dit, le médicament de choix pour les morphinomanes; y a-t-il, pour cette catégorie de malades, des limites à opposer (en dehors même de l'idée de toxicomanie nouvelle dont ils sont toujours à l'affût) à son emploi?

Je ne saurais le dire. En dernier lieu, il n'y a pas, dans tout l'arsenal pharmacologique, une substance qui ne rencontre des sujets absolument réfractaires. Ceux-ci présentent alors, après l'absorption de doses même minimes, les symptômes d'un empoisonnement aigu des mieux caractérisés. Nous avons accoutumé d'expliquer ces cas d'étrange *intolérance*, dont le mécanisme nous échappe, en appelant « *idiosyncrasie* » cette disposition d'un sujet à offrir des signes d'intoxication identiques après chaque absorption d'une substance donnée (quelle qu'en soit la dose). On dit ces sujets « intolérants » pour la substance en question, et c'est le mécanisme de cette intolérance..., je viens, n'est-ce pas, de l' « *expliquer* » (?).....

Les phénomènes d'*intolérance*, identiques pour chaque malade en particulier, varient d'un sujet à un autre, chacun faisant en quelque sorte *sa* forme clinique. Pour la *morphine*, j'ai dit quels étaient les signes classiques de cette intolérance. *Pour* l'HÉROINE, je serais assez tenté de voir *les signes de ladite intolérance dans les phénomènes nerveux* qu'on l'a vue parfois produire, surtout dans leur forme grave, et en particulier dans ce *délire* spécial que j'ai dit. C'est sur ce point particulier de l'histoire de l'héroïne que devront porter les premières recherches à venir. C'est dans ces *accidents nerveux* qu'est le point douteux; c'est là ce qui impose encore une réserve bien compréhensible, au moment de donner à un médicament nouveau la libre pratique. Quand il aura paru un nombre suffisant de cas restés muets sur ce chapitre, l'héroïne sortira lavée de cette accusation, et ce sera un grand bien pour la thérapeutique, autorisée désormais à adopter un produit grâce auquel on devra voir, théoriquement, disparaître la morphinomanie.

MOREL-LAVALLÉE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 12 Février 1902

Présidence de M. Sevestre

M. Camescasse, à propos du *traitement de la pustule maligne par l'eau oxygénée*, dont il a entretenu la Société à la séance précédente, donne des nouvelles de la malade qui était encore en traitement à ce moment. La pustule maligne qui présentait une étendue d'une pièce de 2 francs, a donné, sous l'influence de l'eau oxygénée, une cicatrice superficielle, limitée à la peau, à peine visible, et complètement différente des cicatrices que laisse d'habitude après elle la pustule maligne.

M. Leredde donne lecture d'un rapport concernant le *traitement de la syphilis par les injections hydrargyriques*. L'orateur est convaincu que cette méthode, si bien connue qu'elle soit, ne rend pas aux praticiens tous les services qu'on serait en droit d'en attendre. Le médecin est trop souvent rebuté par les difficultés de la technique et la difficulté de choisir entre un nombre considérable de formules recommandées, souvent sur un mode trop dithyrambique. Enfin, quelques communications sensationnelles se rapportant à des accidents provoqués par l'emploi de ces injections, en ont éloigné les esprits timorés.

Injections solubles. Le nombre des formules, comme il a déjà été dit, est considérable, et chaque jour en voit naître de nouvelles. On n'arrivera sans doute jamais à un résultat satisfaisant en comparant entre elles ces diverses formules, car leurs inventeurs soulèvent, pour ainsi, dire une question personnelle en proposant tel ou tel sel hydrargyrique. Les résultats sont d'ailleurs forcément variables, étant donnée la variété des cas. Malgré tous les perfectionnements, on n'a pu jusqu'ici empêcher la formation de nodosités qui sont presque la règle : on a pu arriver, par des modifications heureuses apportées aux formules, à ramener à son minimum la sensation douloureuse que provoque le séjour du liquide hydrargyrique dans les tissus. Cette sensation reste très individuelle et, dans certains cas, peut devenir très accusée.

L'orateur fait toujours ses injections dans la fesse à 3 ou 4 centimètres de profondeur : il se sert d'une aiguille fine. Les injections intra-veineuses de cyanure de mercure, recommandées par Abadie et expérimentées par lui pour le traitement des manifestations oculaires de la syphilis, ne se sont pas généralisées : elles ne permettent pas, du reste, l'introduction d'une plus grande quantité de mercure que les autres méthodes.

Injections insolubles. — On a renoncé au salicylate de mercure. Une seule méthode semble devoir conserver une place à part dans ce groupe, c'est celle des injections de calomel, qui seront réservées pour les cas très graves, car elles provoquent une douleur très vive dans beaucoup de cas. Mais leur action est bien supérieure à celle de toutes les autres injections et elles ne sauraient être remplacées comme méthode de diagnostic dans les cas ambigus et les syphilis rebelles. Les injections d'huile grise conviennent pour les cas moins urgents.

Les injections insolubles hebdomadaires permettent aux malades de se livrer à leurs occupations, car la crainte de la suppuration ne peut plus entrer en ligne de compte, les opérateurs ne perdant jamais de vue les règles de la plus stricte antisepsie.

L'ingestion de pilules ou de solutions hydrargyriques continue à représenter la méthode de beaucoup la plus répandue. L'orateur ne considère pas qu'elle soit aussi inoffensive qu'on le croit,

car elle donne lieu à des troubles dyspeptiques latents et à longue portée, que l'addition d'opium dans la formule masque sans les empêcher. Les douleurs consécutives à l'injection de sels solubles ou d'huile grise n'ont pas une telle intensité qu'elles forcent le praticien à les abandonner. Le calomel, il est vrai, provoque des douleurs plus fortes : il restera donc une méthode d'exception.

La stomatite, accident fréquent au début des injections, est devenue rare aujourd'hui, car on accorde aux soins préalables de la cavité buccale une importance justifiée et on évite ainsi les accidents de ce genre.

Les embolies pulmonaires ne seront pas possibles, si l'on pratique les injections avec prudence. On enfonce l'aiguille à blanc, on aspire un peu pour voir s'il ne vient pas de sang et l'on ne fait l'injection qu'après.

Les injections n'auraient aucune raison d'être si elles ne guérissaient pas plus vite les accidents que d'autres méthodes guérissent aussi, et si elles n'agissaient pas là où les méthodes courantes échouent. Même quand les accidents ne sont pas menaçants, la question du temps nécessaire à la guérison joue un rôle. Pour l'orateur, il faut traiter énergiquement même les lésions banales, et, en somme, la douleur provoquée par les injections est moins grave que les troubles digestifs dus à l'ingestion stomacale des préparations hydrargyriques.

Sur nombre de questions, l'accord n'est du reste pas fait entre les auteurs.

En général, on se trouve soit en présence d'une syphilis normale, avec accidents diffus de faible gravité, soit en présence d'accidents graves plus localisés. Dans le premier cas, toutes les méthodes sont applicables, à condition de les bien appliquer. Or, on est souvent frappé de voir que, pour un médicament dont la posologie est si connue, on tombe si souvent sur des prescriptions absolument insignifiantes. Dans le 2e cas, les injections sont pour ainsi dire indispensables.

L'orateur commence le traitement, dès que le diagnostic est certain, en injectant de l'huile grise. Il est probable que le médicament exerce une certaine action préventive et arrive à détruire les foyers d'infection. Le traitement est appliqué pendant six semaines, auxquelles succède un mois de repos. Dans les cas graves, le devoir strict du praticien est d'agir rapidement, et d'abandonner entièrement la voix stomacale. Aujourd'hui, la méthode des injections rencontre déjà moins d'oppositions, mais les indications précises de chacune des grandes méthodes, injections solubles, insolubles, frictions à hautes doses, ne sont pas encore déterminées rigoureusement.

Dans la *parasyphilis*, on peut faire 2 classes : 1° accidents toxi-infectieux, 2° syphilides atypiques (tabès, leucoplasie buccale, paralysie générale). Pour la seconde catégorie, les mécomptes du traitement hydrargyrique tiennent souvent à ce qu'on n'a pas persévéré assez longtemps. L'orateur cite le cas d'un malade, atteint de syphilis grave des centres nerveux, qu'il a réussi à guérir après 18 mois de traitement par des injections hebdomadaires de calomel à 0 gr. 10 par injection.

M. le Pr Pouchet estime qu'il y a lieu d'ajouter aux chapitres énumérés par l'orateur un chapitre d'introduction, dans le but de déterminer la façon dont le mercure se dissémine dans l'organisme et les réactions qu'il y détermine, suivant la méthode ou le sel hydrargyrique employés. On sait en effet, par des recherches récentes, que les injections solubles n'excitent pas la réactivité organique de la même façon que les injections insolubles. La question est certes difficile, mais un série de points sont aujourd'hui scientifiquement établis.

M. Robin donne lecture d'une observation de M. Mabille, concernant *un cas d'empoisonnement par la colchicine*. Chez un malade ayant pris de son propre chef, pour guérir un accès de goutte, 4 à 6 granules de 1 mgr. de colchicine par jour, pendant plusieurs mois, des accidents toxiques se manifestèrent brusquement. On nota de l'aphonie, un pouls petit, de l'anurie, une diarrhée intense (30 à 40 selles par jour) les secousses fibrillaires du corps entier rappelant celles que provoque l'empoisonnement par la strychnine. Les accidents disparurent au bout de 50 heures d'un traitement approprié et bientôt se manifestèrent des polyarthrites goutteuses.

En résumé, l'emploi de la colchicine fait courir, quand il est inconsidérément prolongé, des dangers réels aux malades présentant de la sclérose rénale.

M. le Pr Pouchet rappelle que le traitement de la goutte par la colchicine est très bon, à condition d'être prudemment appliqué. Les médecins anglais, qui ont une grande habitude de ce médicament, prescrivent de le suspendre pour longtemps dès qu'apparait la diarrhée.

M. Robin fait une communication concernant l'*action du bromhydrate d'hyoscine dans certains tremblements*. Ce médicament a jusqu'ici été utilisé plutôt comme hypnagogue et calmant dans l'excitation maniaque ou le délire alcoolique; parfois, cependant, il produit au contraire de l'excitation chez les malades, Mais une action moins connue est celle qu'il exerce sur les tremblements, qu'il calme à doses même très faibles, en injections sous-cutanées.

L'orateur dispose de cinq observations, dont quatre succès. Dans un des cas, qu'on peut considérer comme typique, il s'agissait d'un parkinsonien au début, qui reçut le premier jour 0 gr. 001 de bromhydrate d'hyoscine en injections sous la peau du bras; on continua pendant cinq jours en augmentant la dose de 0 gr. 001 par jour. Le sixième jour, des nausées et des vertiges forcèrent à abaisser la dose à 0 gr. 0025. Aujourd'hui, ce malade qui avait dû abandonner ses occupations à cause de ses tremblements, les a reprises.

M. le Pr Mossé, de Toulouse, fait une communication sur l'*action de la pomme de terre dans le diabète*. Quand, chez un diabétique, on veut remplacer le pain par la pomme de terre, bouillie de préférence, il faut compter 1 1/2 à 3 pour 1 de pain. Un malade de l'orateur a même pris jusqu'à 3 kilos de pommes de terre par jour. L'orateur présente une série de graphiques qui montrent que, chaque fois qu'on permet du pain aux diabétiques soumis au régime des pommes de terre, le sucre remonte. La méthode est très efficace dans le diabète gras : essayée avec prudence dans le diabète maigre, elle a donné les mêmes résultats.

Dans les cas chirurgicaux, alors que les plaies ne veulent pas se fermer, il suffit de soumettre les malades au régime de la pomme de terre pour obtenir une prompte cicatrisation.

Comment agit la pomme de terre? Pour l'orateur, c'est par la potasse qu'elle contient. Comme ce légume varie beaucoup de forme, que sa richesse nutritive n'est pas la même toutes les années, l'orateur a fait rechercher si la teneur en potasse représentait au moins un élément stable dans sa constitution chimique. Une série de recherches faites à Nantes, Liège, Genève, etc., ont démontré que la quantité de potasse est à peu près semblable partout.

La potasse, médicament actif des maladies par ralentissement de la nutrition, représente une cure par les alcalins. Avec le régime de la pomme de terre, on voit le coefficient d'acidité urinaire diminuer.

Il ne faudrait pas croire qu'en faisant bouillir la pomme de terre on lui fasse perdre sa potasse : celle-ci entre dans la trame même du tubercule, elle est *vitalisée* pour ainsi dire.

M. le Pr Pouchet croit que la contre-épreuve aurait de l'intérêt. Il faudrait voir si en ajoutant à d'autres féculents, haricots, petits pois, etc., un sel de potasse (le citrate de préférence), on obtiendrait les mêmes résultats qu'avec la pomme de terre. Le citrate de potasse se transforme rapidement en carbonate dans l'organisme.

M. Robin rappelle que M. Dalché a entretenu la société des bons effets obtenus dans le diabète avec le citrate de soude. La potasse de la pomme de terre agit sans doute de même, mais la potasse en elle-même semble avoir une action spécifique sur le diabète. En effet, si l'on purge le diabétique au moyen du sel de Seignette, on obtient une diminution très notable de la quantité de sucre par litre d'urine émise.

M. Bardet constate que la fécule de la pomme de terre devient du sucre dans l'économie. Il ne serait donc pas paradoxal d'essayer le sucre lui-même sur les diabétiques.

M. Robin fait remarquer que cet essai a jadis donné à Piorry de fort mauvais résultats.

M. Linossier est d'accord avec M. Mossé : comme on ne peut se passer longtemps de féculents dans le régime du diabétique, il faut donner le moins mauvais, qui est la pomme de terre.

M. Legendre fait remarquer que 1.500 gr. de pommes de terre, dose recommandée par M. Mossé, représentent 15 gr. environ de potasse. Cette dose ne serait pas acceptée longtemps par les malades, sous une autre forme : l'orateur a pu s'en assurer du reste. Au bout de fort peu de jours, des troubles dyspeptiques se manifesteraient.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la faculté de Médecine.

Pathogénie et prophylaxie de la gravelle oxalurique (*Soc. méd. de Berlin*, 27 nov. 1901). — KLEMPERER rappelle que les prescriptions concernant la lithiase rénale se rapportent toujours à l'acide urique, qui représente dans 90 0/0 des cas la cause des accidents. Ces prescriptions ne rendant aucun service en cas d'oxalurie, un examen chimique précis des calculs s'impose.

La cause de la formation de l'acide oxalique doit être cherchée, en dehors de l'acide que les aliments peuvent contenir, dans l'acide glycocolique qui peut se transformer en acide oxalique dans l'organisme.

L'orateur a pu reconnaître qu'il importe, non pas d'empêcher la formation intra-organique d'acide oxalique, mais de favoriser la solubilité de l'oxalate de chaux éliminé par les reins. Cette solubilité est favorisée par l'acidité urinaire et la présence de magnésie dans les aliments. Il faut donc défendre le lait et recommander une alimentation composée de viande, de légumineuses et de farineux : en même temps, on donnera 2 grammes de sulfate de magnésie par jour.

Dans la discussion qui a suivi cette communication, le Pr SENATOR a fait ressortir que, chez les enfants, la gravelle oxalurique est relativement plus fréquente que chez l'adulte; ce phénomène doit être attribué sans doute au régime lacté et vient corroborer les déductions de Klemperer.

E. VOGT.

Remarques sur la nature et le traitement de l'anémie pernicieuse, par ALEXANDER MC. PHEDRAN (*The Lancet*, 18 janvier 1902). — L'affection dite anémie pernicieuse, demeure encore inexpliquée dans son origine et dans sa nature, malgré toutes les hypothèses et toutes les théories émises jusqu'à ce jour.

L'auteur admet, avec tous les pathologistes, que le facteur inconnu de cette maladie est une toxine, et à ce sujet rappelle que, pour les auteurs anglais, cette toxine est d'origine gastro-intestinale et agirait tout spécialement sur le sang de la circulation veine porte, tandis que, pour les auteurs allemands, cette même toxine se reporterait à des phénomènes d'hématopoïèse. La nature des myéloblastes et leur abondance dans la moelle des os et dans le sang indiquant un retour au type embryonnaire, serait en faveur de cette dernière idée.

Il est fort probable que ces deux manières de voir ont, chacune, leur part de vérité dans la pathogénie de l'anémie pernicieuse et que, sous l'action d'une toxine commune, il y a non seulement destruction des éléments du sang, mais encore formation d'éléments nouveaux anormaux.

Le mode d'évolution de la maladie, le type de fièvre irrégulière, les troubles fréquents d'ordre mental et la présence, de temps en temps, de vomissements et de diarrhées, tous ces signes, en un mot, suffisent pour révéler, dans l'économie, une cause de toxicité générale.

Qu'elle soit « rémittente » ou « progressive », cette affection n'en est pas moins soumise à une thérapeutique, encore mal déterminée.

A l'effet de combattre cette toxine, bien des médicaments ont été employés, tels que la strychnine, le fer, la moelle des os, l'arsenic surtout, si vanté par Bramwell, qui considérait ce produit comme spécifique de l'anémie pernicieuse.

D'un autre côté, tous les antiseptiques ont été épuisés, de préférence le bichlorure de mercure, le salol, la résorcine et le salicylate et naphtolate de bismuth. Enfin, l'auteur mentionne les différents sérums qui furent utilisés.

Le sérum ordinaire a été administré en injection hypodermique et en injection rectale. Ainsi que l'a fait remarquer avec raison M. Rumpf dans un travail paru dans le « Berline

Klinische Wochenschrift », il n'est pas logique d'employer ce mode de traitement pour les cas d'anémie pernicieuse, parce que, tout en conservant sa valeur d'excellent stimulant de la sécrétion rénale, il ajoute dans le sang une nouvelle quantité d'eau et du chlorure de sodium qui y existent déjà en excès.

Le sérum antidiphtérique et le sérum antistreptococcique n'ont pas encore produit de bons effets et quant au sérum de cheval, il y a lieu de lui reprocher de graves accidents d'urticaire.

Bref, en dépit même des bons ouvrages qui ont été faits sur l'anémie pernicieuse, il faut avouer, dit M. Mc. Phedran, que la cause et la pathologie de cette affection restent encore inconnues, et que, par conséquent, les règles de sa thérapeutique sont toujours indécises. Une guérison ne peut être déclarée complète, ajoute cet auteur comme conclusion, que lorsque, à l'examen histologique, le sang est redevenu tout à fait normal.

R. Blondel.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux.

Amputation préscaphoïdienne et transcuboïdienne, par M. Morestin (*Gazette des hôpitaux*, 21 janv. 1902). — La chirurgie doit être conservatrice à outrance, en ce qui concerne le pied, comme la main. Nous ne sommes plus au temps où l'on se croyait obligé de toujours passer dans les interlignes de Lisfranc ou de Chopart, pour amputer le pied au-delà des orteils, jusqu'à la désarticulation sous-astragalienne. En un mot les résections peuvent, là comme ailleurs, affecter les modalités les plus diverses. C'est ce que M. Morestin a voulu contribuer à établir, en donnant l'observation d'un enfant qui avait subi un écrasement des orteils sous la roue d'un tramway. L'expectation, sous un pansement approprié et après désinfection énergique, n'avait pas empêché l'infection de la plaie, qui commençait à retentir fâcheusement sur l'état général. Il incisa transversalement les parties molles, en passant au large des portions enflammées et en ayant soin de descendre plus bas, sur la plante du pied, afin de pouvoir relever suffisamment sa cicatrice. Une fois les lambeaux bien disséqués, il s'aperçut qu'il était au niveau de l'articulation scaphocunéenne, et qu'en passant au travers du cuboïde au même niveau il obtiendrait une section nette, bien matelassée par la suture des lambeaux, ce qu'il fit. Le résultat fonctionnel fut parfait; le jeune garçon chaussait une bottine ordinaire, dont il comblait la partie antérieure, et le pied exécutait à peu près tous les mouvements. Au bout d'un an, au radiographe, il note simplement, comme modification squelettique, une légère bascule du moignon en avant; mais celui-ci appuie bien par toute sa partie plantaire. Résultat: en conservant le scaphoïde et la partie postérieure du cuboïde, l'insertion du jambier postérieur, qui par son tendon maintient bien l'astragale, ainsi que celle du fort ligament calcanéo-cuboïdien inférieur, qui a des connexions avec le biceps crural, ont été sauvegardées. D'où un résultat fonctionnel bien autrement parfait que celui de Chopart, qui eût été dans le cas présent l'amputation classique. Il faut posséder une connaissance parfaite des interlignes de l'avant-pied, afin de les utiliser au besoin; mais, en pratique, suivant le conseil de l'auteur, on doit traiter le massif tarsien comme une pièce osseuse unique et ne fixer son choix que d'après l'état des parties molles. Autre conclusion: aucune mesure spéciale ne paraît nécessaire pour bien adapter les lambeaux. Il faut que ceux-ci soient suffisants. Le raccourcissement n'est plus à craindre avec les procédés actuels de désinfection et la cicatrisation rapide qui en est la conséquence.

A. Benoit.

Un cas d'anévrysme de l'artère vertébrale, d'origine traumatique, guéri par la ligature profonde, après excision et tamponnement du sac, par A. R. Anderson (*The Lancet*, 21 décembre 1901). — A « Nottingham general hospital » une jeune femme de vingt et un ans se présenta avec un anévrysme de la région de la nuque, survenu à la suite d'une blessure de 10 millimètres à peine, qui avait été faite avec la petite lame d'un canif à ongles. De la grosseur d'un œuf de canard, cette tumeur pulsatile siégeait, à gauche, sur le bord postérieur du sterno-mastoïdien, à peu près à la hauteur du bord supérieur du cartilage thyroïde. M. Anderson avait pensé que le vaisseau blessé devait être l'artère carotide ou l'une de ses branches. Après avoir fait une incision sur le trajet de l'artère carotide commune et après avoir mis à nu cette artère, le chirurgien remarqua, à sa grande surprise, que la compression de la carotide n'arrêtait pas les pulsations de la poche anévrysmale. Il en conclut que l'artère vertébrale devait être incriminée en cette circonstance. A cet effet, il alla à la recherche de cette artère, prolongeant son incision jusqu'à la sixième vertèbre cervicale, et fit la ligature de la

vertébrale à son passage dans l'orifice de l'apophyse transverse de cette vertèbre. A part quelques phénomènes de contraction pupillaire dans l'œil du même côté, phénomènes dus à des tiraillements des quelques filets sympathiques enveloppant l'artère vertébrale, la ligature parut être suffisante. Sept mois après, de nouvelles pulsations étaient perceptibles dans la poche anévrysmale. M. Anderson résolut cette fois de faire l'excision du sac, ce qui ne se fit pas sans difficulté, et put ainsi obtenir la guérison de l'anévrysme.

L'auteur rappelle qu'à cause de sa situation profonde et de son existence qui est loin d'être fréquente, l'anévrysme de l'artère vertébrale peut être considéré comme une véritable curiosité clinique. Plus particulièrement, il insiste sur la nécessité qu'il y a de recourir à l'intervention chirurgicale, dans de pareils cas, en faisant la dissection et l'extirpation du sac anévrysmal, car les simples ligatures aux deux bouts de l'artère lésée, ainsi qu'il est d'usage de le faire dans les anévrysmes ordinaires, demeurent ici sans effet le plus souvent. Il ne faut pas oublier qu'il existe une corrélation intime entre l'artère vertébrale et le cercle artériel de Willis, dont la circulation collatérale atteint parfois un fort développement.

R. Blondel

Thrombo-phlébite de la veine mésaraïque supérieure, avec gangrène de l'intestin. (*Société de chirurgie*, 8 janv. 1902.) — Deux cas, avec opération suivie de mort, sont communiqués par M. Picqué. Dans l'un, l'intervention eut lieu d'urgence, chez un malade qui, après avoir eu une diarrhée très abondante, avait présenté des selles hémorragiques avec constipation consécutive. On ne put qu'établir un anus contre nature et l'opéré succomba.

Dans le second, les symptômes avaient été ceux d'un volvulus de l'iliaque. Or, la laparotomie ne permit de constater aucun étranglement. Dans les deux cas, à l'autopsie, on trouva de la gangrène de l'intestin, avec thrombose de la mésaraïque supérieure, propagée à la veine porte.

M. Quénu objecte l'impossibilité de savoir si la phlébite a été cause ou conséquence de la gangrène de l'intestin, chez ces malades. Il existe de nombreux faits de thrombose de la veine porte, sans lésions de l'intestin. La question de pathogénie reste donc à éclaircir ; mais les observations ci-dessus sont importantes à connaître.

A. Benoit.

Introduction directe de purgatifs dans le gros intestin, dans les opérations pour péritonite septique, par Marmadake Sheild (*British med. Journal*, 28 décembre 1901). — Lorsqu'on a dû faire la laparatomie pour péritonite, les vomissements consécutifs à l'opération s'opposent à ce qu'on puisse introduire quoi que ce soit de longtemps dans les voies digestives, surtout dans les mauvais cas. Or, ce sont précisément ceux-là où l'évacuation intestinale serait le plus désirable. Frappé de cette impossibilité, l'auteur a tenté l'introduction de purgatifs dans l'intestin *au cours de l'opération*. Dans des cas d'appendicite perforative, il s'est servi d'une seringue à hydrocèle ordinaire, pour injecter dans la cavité intestinale une solution où la magnésie, une certaine quantité de glycérine et d'eau, avec dix gouttes de teinture de noix vomique étaient mélangées. Deux heures après, il faisait donner un lavement. Les résultats ont été des plus favorables. Il se propose d'injecter d'autres solutions dont la formule est à fixer, dans la cavité du colon, en introduisant obliquement l'aiguille à injection. Il semble que les doses doivent être proportionnées à l'âge du patient et à l'étendue de la péritonite.

A. Benoit.

Péritonites chroniques guéries sans opération (*Soc. méd. de Berlin*, 22 janvier 1902). — Baensky constate qu'il existe des cas de péritonite chronique dans lesquels l'intervention semble absolument indiquée et qui guérissent cependant par la seule médication interne.

L'orateur présente à la Société trois observations de petites filles de 12, 7 1/2 et 6 ans. La première entra à l'hôpital de l'Impératrice Frédéric dans un état lamentable, après 4 mois d'insomnie, d'anorexie avec météorisme, fièvre, etc. On trouve une pleurésie gauche qui s'améliore par un traitement hydrothérapique et des frictions au savon mou de potasse. Ces mêmes frictions furent faites ensuite sur l'abdomen, ce qui amena une diminution progressive de la fièvre, de l'anorexie, de l'exsudat péritonéal auparavant très marqué. L'enfant, rentrée dans sa famille, continua le traitement par les frictions, cette fois avec un mélange à base de créosote : elle jouit aujourd'hui, après 14 mois de traitement, d'une excellente santé.

Dans le second cas, il s'agit d'un épanchement, probablement de nature tuberculeuse, avec nodosités dans la cavité péritonéale : le traitement par le savon mou de potasse amène une guérison complète.

Dans le troisième cas, l'exsudat intra-péritonéal était très abondant, l'état général très mauvais. Le même traitement amène le même résultat.

E. Vogt.

Pylorectomie pour cancer, par le Dr Folet (*L'Echo Méd. du Nord*, 19 janv. 1902). — Observation concernant un alcoolique de 43 ans, arrivé à un degré avancé de cachexie.

Le gastro-entérostomie semblait nettement indiquée pour parer à l'inanition, puis pour soulager le malade, car dans les cas de rétention stomacale par sténose pylorique, que cette sténose soit spasmodique ou organique, que les modifications du chimisme soient antérieures ou consécutives à la sténose, l'estomac se comporte comme toutes les poches musculeuses munies d'un sphincter : quand il est mis au repos par l'opération, les douleurs cessent et la contraction sphinctérienne se relâche, en même temps que la rétention disparaît.

Opération le 20 juin 1900. L'abdomen ouvert, on amène avec facilité, non seulement l'estomac dilaté, mais aussi le pylore formant une tumeur grosse comme un très gros œuf, à surface séreuse lisse et d'aspect sain, le cancer n'ayant pas encore envahi le péritoine, ni retenti sur les ganglions voisins, ainsi que le montra une exploration digitale minutieuse.

Les suites opératoires furent très simples. Pas de température au-dessus de 37°6. Pendant deux jours, alimentation par voie rectale ; puis administration, par la bouche, de nourritures légères, lait, œufs, que l'on augmente progressivement.

Le pansement est fait dix jours après l'opération. Réunion complète. Enfin le malade sortait de l'hôpital le 13 juillet, 22 jours après l'opération, s'alimentant bien, ayant bonne mine et pesant 134 livres, au lieu de 100 à l'entrée.

L'examen histologique de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique des glandes de la région pylorique.

Actuellement, 18 mois après l'opération, le malade est toujours en parfaite santé. Il est vigoureux et pèse 81 kilogr. Il se nourrit surtout de lait, d'œufs, de légumes, de purées, de viandes tendres hachées en menus fragments. Comme il a d'assez mauvaises dents, quand il mange des aliments de mastication pénible, il éprouve quelques pesanteurs d'estomac ; mais, lorsqu'il soigne bien son alimentation, ses digestions sont faciles, rapides, indolores.

Le pylorectomie est toujours une opération longue et grave, pas très souvent applicable. Il ne faut la faire que dans les cas très favorables ; quand il y a limitation nette du cancer, intégrité du péritoine et parfaite mobilité. Lorsque le cancer est très étendu, adhérent aux parties ambiantes, qu'il y a des ganglions pris, les dangers de l'opération ne sont pas compensés par la possibilité d'une cure définitive et il faut se borner à l'intervention palliative. Ne sont à *opérer radicalement que les cas très favorables*.

L'auteur signale ce résultat paradoxal que ce sont les cas jadis les plus graves (cancer annulaire oblitérant vite tout le calibre du pylore), qui donneront lieu maintenant à la laparotomie hâtive, car l'inanition rapidement menaçante poussera à intervenir de bonne heure ; ce seront donc ces cas où l'on aura plus de chances de tomber sur un cancer bien limité, encore enfermé dans l'intestin, bien mobile. Au contraire, lorsque le cancer ne se développe que sur une partie du pourtour du pylore, n'amenant qu'une oblitération partielle et lente, on ne sera amené à opérer que tardivement et on trouvera alors un néoplasme inenlevable.

Tout cela n'est pas encore assurément de pratique courante ; mais cela ouvre pour l'avenir des horizons d'espérance. Quand la simple laparotomie sera devenue une opération plus bénigne encore qu'elle ne l'est, une opération quasi-inoffensive, on prendra l'habitude de faire, pour des symptômes de dyspepsie pas très intenses, *des laparatomies de diagnostic*, et on aura l'occasion de rencontrer assez souvent des cas opérables.

E. Vogt.

Un cas de perforation de l'estomac avec péritonite généralisée, opéré quatre jours après le début de l'affection : guérison, par Wiesinger (*Deustche med. Wochenschrift*, 30 janv. 1902). — Malade atteint brusquement d'une douleur épigastrique violente, avec vomissements et arrêt des matières.

On le soigne pendant trois jours à domicile avec de l'opium, sans résultat ; le quatrième jour, on apporte le malade à l'ancien hôpital de Hambourg, où l'auteur diagnostique une péritonite par perforation et procède de suite à l'opération. A l'ouverture de la cavité péritonéale, un flot de liquide fibrineux, brunâtre, d'odeur nauséabonde, s'échappe. Lavage de la cavité avec la solution chlorurée sodique physiologique à 40°, on recherche ensuite le point perforé qui se trouve à la petite courbure de l'estomac. Les sutures ne tenant pas dans le tissu entourant la perforation, on est obligé d'aller chercher à une certaine distance le tissu sain pour placer les fils. Par dessus, un tampon de Mikulicz qui vient aboutir à la plaie abdominale. Injections de sérum pour maintenir les forces.

Deux jours après l'opération, la plaie abdominale s'enflamme et sécrète du pus (infection par le liquide péritonéal) ; quatre jours après, on est forcé d'enlever toutes les sutures et de débar-

rasser la cavité péritonéale du pus qu'elle contient. Trois jours plus tard, iléus, ponction intestinale pour remédier à un météorisme considérable : au moment où les intestins vides de gaz retombent, il s'écoule par la plaie du pus fétide : l'abcès intra-abdominal est alors détergé et les phénomènes d'obstruction disparaissent.

Trois semaines après, matité à la base du poumon droit; la ponction est négative, mais dans la même journée le malade vomit spontanément, dans un accès de toux, 250 grammes environ de pus fétide. On trouve cette fois du pus à la ponction et l'on procède à la résection de la 9e côte, ce qui permet l'évacuation d'un litre environ du même pus fétide.

A partir de ce moment, la convalescence suit son cours normal. Il n'y a jamais eu le moindre trouble du côté de l'ulcère stomacal.

Cette observation est intéressante par le fait qu'on n'est intervenu que quatre jours après la perforation ; celle-ci a certainement eu lieu au moment de l'accident brusque initial.

E. Vogt.

Méthode nouvelle du traitement du carcinome, par Howitz (*Hospitalstidende, IX*, n° 42). — L'auteur recommande, comme traitement palliatif des cancers inopérables, la réfrigération par le chlorure d'éthyle et autres corps analogues. Sous l'influence du topique, le tissu cancéreux ne change pas de couleur ou à peu près, tandis que les parties saines blanchissent : on peut ainsi facilement reconnaître l'étendue des lésions.

Voici la méthode préconisée par l'auteur : après curettage ou cautérisation au Paquelin, la plaie est recouverte pendant 1 ou 2 jours de gaze à l'eucalyptol; ensuite on fait un lavage de plusieurs minutes à l'eau chaude et on essuie minutieusement; ceci fait, on fait agir le réfrigérant pendant 2 à 5 minutes, et l'on répète cette dernière opération tous les 2 ou 3 jours au début, plus rarement dans la suite.

Les effets du traitement sont les suivants: l'épidermisation se fait sur les parties qui blanchissent plus vite que les autres sous l'influence du réfrigérant. La sécrétion fétide disparaît et du pus de bonne nature la remplace. Dans les cas d'épithélioma de l'utérus, ce dernier devient plus mobile.

E. Vogt.

Quelle est la cause des récidives se manifestant dans les ganglions lymphatiques après des opérations pour carcinome et comment doit-on modifier le mode opératoire ? (*Pester med. chir. Presse*, 19 janvier 1902). — Kaczvinsky croit que l'on peut améliorer le procédé opératoire actuel, qui lui paraît nuisible dès que le stade initial du carcinome est dépassé. Ce sont les cellules cancéreuses, détachées de la tumeur et n'ayant pas encore atteint les ganglions, qui sont la cause des récidives : il en résulte que notre procédé opératoire actuel ne saurait atteindre la perfection, car il cherche à atteindre les ganglions et ne tient pas compte de ces cellules éparses dans les voies lymphatiques réunissant la tumeur aux ganglions.

Quand on enlève une tumeur cancéreuse avec les ganglions qui l'avoisinent, on force les cellules cancéreuses, qui avant l'opération étaient arrêtées par les ganglions enlevés, à aller chercher une autre voie : elles se dirigeront vers des ganglions profondément situés et les infecteront.

L'auteur conseille donc de ne pas enlever les ganglions, mais de s'attacher à bien exciser le foyer et les tissus susceptibles de contenir des cellules cancéreuses. Il faudra quinze jours au plus pour que les cellules en migration ayant échappé à l'extirpation soient toutes arrivées aux ganglions ; à ce moment, l'extirpation de ces derniers sera vraiment utile. La lymphadénite simple, qui peut se développer facilement autour d'un foyer cancéreux, aura à ce moment disparu et les seuls ganglions contenant des cellules cancéreuses seront encore hypertrophiés.

L'auteur se garde bien, quand les ganglions sont immédiatement voisins du foyer, d'enlever ces derniers à la première intervention, quelque facile que serait cette extirpation. Dans la région mammaire, par exemple, il ne pose aucune suture après excision de la tumeur et revient 15 jours après enlever les ganglions et suturer la plaie.

E. Vogt.

Du traitement opératoire de la lymphangiectasie d'origine filarienne, par J. Maitland. (*The British Med. Journ.*, 25 janvier 1902). — A propos de plusieurs cas de lymphangiectasie d'origine filarienne que l'auteur traita chirurgicalement par l'ablation des ganglions lymphatiques du pli de l'aine, diverses objections ont été faites.

M. Maitland rapporte ces objections et les réfute.

D'abord, une telle opération, a-t-on dit, est irrationnelle en principe, car elle n'empêche pas le cours de la lymphe de demeurer toujours obstrué.

Théoriquement, cette objection a droit d'exister, mais pratiquement, il n'en est pas moins vrai que, par cette opération, les malades sont délivrés de tous les symptômes pénibles qui accompagnent si souvent la filariose, c'est-à-

dire les attaques périodiques de fièvre et de douleur. A cet effet, M. Maitland cite trois cas, et, dans l'un d'eux, rapporte même les paroles d'un de ses malades, « devenu actif, bien portant et capable de gagner son pain », grâce à une telle opération.

Une seconde objection est que souvent, comme conséquences du traitement opératoire, apparaissent des lymphorragies ou des fistules intarrissables.

Enfin, ajoute-t-on, il y a souvent de l'infection septique ou de l'érésypèle.

Ces deux dernières objections sont formellement contredites par Maitland, qui jamais, au « Madras Médical Collège », n'a eu à constater ces accidents d'infection ou de lymphorragie.

Tout spécialement, cet auteur insiste sur les avantages du traitement chirurgical dans les lymphangiectasies d'origine filarienne. Le but de l'opération, dit-il, n'est pas de rétablir la circulation de la lymphe, mais seulement, de soulager le malade, en le débarrassant de ses crises récurrentes, si fréquentes et si nuisibles à l'état général.

Et puis, insinue l'auteur en terminant, n'y a-t-il pas lieu de penser, devant l'explication encore fort obscure, de ces attaques périodiques de fièvre et de douleur, que la stase de la lymphe après ligature de vaisseaux a pour résultat, selon toute probabilité, la mort des parasites.

R. Blondel.

Traitement des rétrécissements de l'œsophage (*Soc. des médecins de Vienne*, 17 janvier 1902). — Teleky a présenté à la séance trois malades porteurs de rétrécissements causés par l'ingestion de caustiques, et qu'il a traités par la thiosinamine. Des injections sous-cutanées de 0 gr. 05 de principe actif, en solution alcoolique à 15 0/0, ont amené chez deux malades des modifications telles du tissu cicatriciel, qu'ils avaient maintenant sans aucune difficulté et que l'on peut passer les plus grosses bougies sans inconvénient. Le rétrécissement datait, chez un malade, de 24 ans, chez l'autre de 7 mois.

Chez un troisième malade, avec rétrécissement traité sept semaines après l'ingestion du caustique, on obtint une amélioration passagère suivie d'aggravation.

En résumé, la thiosinamine donnera d'excellents résultats en cas de cicatrice ancienne, mais sera contre-indiquée en cas de rétrécissement récent ou en cas d'existence d'autres cicatrices, provenant de foyers tuberculeux par exemple.

Dans la discussion qui a suivi cette présentation, le Pr Neumann constate que ses propres recherches l'ont déterminé à recommander la thiosinamine dans la sclérodermie.

Kohn a pu reconnaître que le médicament exerce une mauvaise influence sur les tuberculeux et provoque de l'hyperthermie ; dans la syphilis, l'influence est nulle, ce qui permettrait peut-être d'utiliser ces injections comme moyen de diagnostic.

Spingler constate que toutes les amines présentent des propriétés émollientes de ce genre.

Le Pr Weinlechner croit que dans le cas spécial des rétrécissements, il faut tenir grand compte, dans l'évaluation de l'effet thérapeutique ressortissant à la thiosinamine, de la forme et situation du rétrécissement et de l'action des bougies.

Uhlmann n'a obtenu avec ce produit aucun résultat dans des cas de chéloïdes.

Telecki répond en terminant au Pr Weinlechner que l'emploi des bougies a été suspendu pendant qu'on injectait la thiosinamine : dans deux de ses cas, les rétrécissements résistèrent au traitement par les bougies, mais laissèrent passer les plus gros numéros après deux injections.

E. Vogt.

Maladies des Voies digestives

Dr Soupault

Médecin des hôpitaux

Atonie gastrique (*Doctorencollegium de Vienne*, 16 décembre 1901). — Pick recommande, en dehors du massage, de l'électrothérapie, de la gymnastique, de lutter contre les fermentations par l'administration à l'intérieur de créosote, de créosotal, d'ichthyol, de menthol, avec régime végétarien. La suppression des boissons n'est indiquée que dans les cas d'ectasie considérable : on suppléera à l'insuffisance des liquides par des lavements de bouillon.

E. Vogt.

Les indications opératoires de l'ulcère stomacal (*Therap. Monatshefte*, janvier 1902). — Delachaux, ancien assistant du Pr Bourget, de Lausanne, n'admet comme indications opératoires absolues que la perforation aiguë ou la perforation chronique avec développement d'abcès. Les vomissements incoercibles, les douleurs intolérables, l'amaigrissement, les petites hémorragies fréquentes peuvent être guéris par le traitement par les lavages au per-

de cette inflexible rigueur; il y aura sans doute lieu de faire, avec la plus grande prudence, bénéficier l'héroïne de la même faveur.

C'est, je l'ai dit, le médicament de choix pour les morphinomanes; y a-t-il, pour cette catégorie de malades, des limites à opposer (en dehors même de l'idée de toxicomanie nouvelle dont ils sont toujours à l'affût) à son emploi?

Je ne saurais le dire. En dernier lieu, il n'y a pas, dans tout l'arsenal pharmacologique, une substance qui ne rencontre des sujets absolument réfractaires. Ceux-ci présentent alors, après l'absorption de doses même minimes, les symptômes d'un empoisonnement aigu des mieux caractérisés. Nous avons accoutumé d'expliquer ces cas d'étrange *intolérance*, dont le mécanisme nous échappe, en appelant « *idiosyncrasie* » cette disposition d'un sujet à offrir des signes d'intoxication identiques après chaque absorption d'une substance donnée (quelle qu'en soit la dose). On dit ces sujets « intolérants » pour la substance en question, et c'est le mécanisme de cette intolérance..., je viens, n'est-ce pas, de l' « *expliquer* » (?).....

Les phénomènes d'*intolérance*, identiques pour chaque malade en particulier, varient d'un sujet à un autre, chacun faisant en quelque sorte *sa* forme clinique. Pour la *morphine*, j'ai dit quels étaient les signes classiques de cette intolérance. *Pour* l'HÉROINE, je serais assez tenté de voir *les signes de ladite intolérance dans les phénomènes nerveux* qu'on l'a vue parfois produire, surtout dans leur forme grave, et en particulier dans ce *délire* spécial que j'ai dit. C'est sur ce point particulier de l'histoire de l'héroïne que devront porter les premières recherches à venir. C'est dans ces *accidents nerveux* qu'est le point douteux; c'est là ce qui impose encore une réserve bien compréhensible, au moment de donner à un médicament nouveau la libre pratique. Quand il aura paru un nombre suffisant de cas restés muets sur ce chapitre, l'héroïne sortira lavée de cette accusation, et ce sera un grand bien pour la thérapeutique, autorisée désormais à adopter un produit grâce auquel on devra voir, théoriquement, disparaître la morphinomanie.

MOREL-LAVALLÉE.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 12 Février 1902

Présidence de M. Sevestre

M. Camescasse, à propos du *traitement de la pustule maligne par l'eau oxygénée*, dont il a entretenu la Société à la séance précédente, donne des nouvelles de la malade qui était encore en traitement à ce moment. La pustule maligne qui présentait une étendue d'une pièce de 2 francs, a donné, sous l'influence de l'eau oxygénée, une cicatrice superficielle, limitée à la peau, à peine visible, et complètement différente des cicatrices que laisse d'habitude après elle la pustule maligne.

M. Leredde donne lecture d'un rapport concernant le *traitement de la syphilis par les injections hydrargyriques*. L'orateur est convaincu que cette méthode, si bien connue qu'elle soit, ne rend pas aux praticiens tous les services qu'on serait en droit d'en attendre. Le médecin est trop souvent rebuté par les difficultés de la technique et la difficulté de choisir entre un nombre considérable de formules recommandées, souvent sur un mode trop dithyrambique. Enfin, quelques communications sensationnelles se rapportant à des accidents provoqués par l'emploi de ces injections, en ont éloigné les esprits timorés.

Injections solubles. Le nombre des formules, comme il a déjà été dit, est considérable, et chaque jour en voit naître de nouvelles. On n'arrivera sans doute jamais à un résultat satisfaisant en comparant entre elles ces diverses formules, car leurs inventeurs soulèvent, pour ainsi, dire une question personnelle en proposant tel ou tel sel hydrargyrique. Les résultats sont d'ailleurs forcément variables, étant donnée la variété des cas. Malgré tous les perfectionnements, on n'a pu jusqu'ici empêcher la formation de nodosités qui sont presque la règle : on a pu arriver, par des modifications heureuses apportées aux formules, à ramener à son minimum la sensation douloureuse que provoque le séjour du liquide hydrargyrique dans les tissus. Cette sensation reste très individuelle et, dans certains cas, peut devenir très accusée.

L'orateur fait toujours ses injections dans la fesse à 3 ou 4 centimètres de profondeur : il se sert d'une aiguille fine. Les injections intra-veineuses de cyanure de mercure, recommandées par Abadie et expérimentées par lui pour le traitement des manifestations oculaires de la syphilis, ne se sont pas généralisées : elles ne permettent pas, du reste, l'introduction d'une plus grande quantité de mercure que les autres méthodes.

Injections insolubles. — On a renoncé au salicylate de mercure. Une seule méthode semble devoir conserver une place à part dans ce groupe, c'est celle des injections de calomel, qui seront réservées pour les cas très graves, car elles provoquent une douleur très vive dans beaucoup de cas. Mais leur action est bien supérieure à celle de toutes les autres injections et elles ne sauraient être remplacées comme méthode de diagnostic dans les cas ambigus et les syphilis rebelles. Les injections d'huile grise conviennent pour les cas moins urgents.

Les injections insolubles hebdomadaires permettent aux malades de se livrer à leurs occupations, car la crainte de la suppuration ne peut plus entrer en ligne de compte, les opérateurs ne perdant jamais de vue les règles de la plus stricte antisepsie.

L'ingestion de pilules ou de solutions hydrargyriques continue à représenter la méthode de beaucoup la plus répandue. L'orateur ne considère pas qu'elle soit aussi inoffensive qu'on le croit,

car elle donne lieu à des troubles dyspeptiques latents et à longue portée, que l'addition d'opium dans la formule masque sans les empêcher. Les douleurs consécutives à l'injection de sels solubles ou d'huile grise n'ont pas une telle intensité qu'elles forcent le praticien à les abandonner. Le calomel, il est vrai, provoque des douleurs plus fortes : il restera donc une méthode d'exception.

La stomatite, accident fréquent au début des injections, est devenue rare aujourd'hui, car on accorde aux soins préalables de la cavité buccale une importance justifiée et on évite ainsi les accidents de ce genre.

Les embolies pulmonaires ne seront pas possibles, si l'on pratique les injections avec prudence. On enfonce l'aiguille à blanc, on aspire un peu pour voir s'il ne vient pas de sang et l'on ne fait l'injection qu'après.

Les injections n'auraient aucune raison d'être si elles ne guérissaient pas plus vite les accidents que d'autres méthodes guérissent aussi, et si elles n'agissaient pas là où les méthodes courantes échouent. Même quand les accidents ne sont pas menaçants, la question du temps nécessaire à la guérison joue un rôle. Pour l'orateur, il faut traiter énergiquement même les lésions banales, et, en somme, la douleur provoquée par les injections est moins grave que les troubles digestifs dus à l'ingestion stomacale des préparations hydrargyriques.

Sur nombre de questions, l'accord n'est du reste pas fait entre les auteurs.

En général, on se trouve soit en présence d'une syphilis normale, avec accidents diffus de faible gravité, soit en présence d'accidents graves plus localisés. Dans le premier cas, toutes les méthodes sont applicables, à condition de les bien appliquer. Or, on est souvent frappé de voir que, pour un médicament dont la posologie est si connue, on tombe si souvent sur des prescriptions absolument insignifiantes. Dans le 2e cas, les injections sont pour ainsi dire indispensables.

L'orateur commence le traitement, dès que le diagnostic est certain, en injectant de l'huile grise. Il est probable que le médicament exerce une certaine action préventive et arrive à détruire les foyers d'infection. Le traitement est appliqué pendant six semaines, auxquelles succède un mois de repos. Dans les cas graves, le devoir strict du praticien est d'agir rapidement, et d'abandonner entièrement la voix stomacale. Aujourd'hui, la méthode des injections rencontre déjà moins d'oppositions, mais les indications précises de chacune des grandes méthodes, injections solubles, insolubles, frictions à hautes doses, ne sont pas encore déterminées rigoureusement.

Dans la *parasyphilis*, on peut faire 2 classes : 1° accidents toxi-infectieux, 2° syphilides atypiques (tabès, leucoplasie buccale, paralysie générale). Pour la seconde catégorie, les mécomptes du traitement hydrargyrique tiennent souvent à ce qu'on n'a pas persévéré assez longtemps. L'orateur cite le cas d'un malade, atteint de syphilis grave des centres nerveux, qu'il a réussi à guérir après 18 mois de traitement par des injections hebdomadaires de calomel à 0 gr. 10 par injection.

M. le Pr Pouchet estime qu'il y a lieu d'ajouter aux chapitres énumérés par l'orateur un chapitre d'introduction, dans le but de déterminer la façon dont le mercure se dissémine dans l'organisme et les réactions qu'il y détermine, suivant la méthode ou le sel hydrargyrique employés. On sait en effet, par des recherches récentes, que les injections solubles n'excitent pas la réactivité organique de la même façon que les injections insolubles. La question est certes difficile, mais un série de points sont aujourd'hui scientifiquement établis.

M. Robin donne lecture d'une observation de M. Mabille, concernant *un cas d'empoisonnement par la colchicine*. Chez un malade ayant pris de son propre chef, pour guérir un accès de goutte, 4 à 6 granules de 1 mgr. de colchicine par jour, pendant plusieurs mois, des accidents toxiques se manifestèrent brusquement. On nota de l'aphonie, un pouls petit, de l'anurie, une diarrhée intense (30 à 40 selles par jour) les secousses fibrillaires du corps entier rappelant celles que provoque l'empoisonnement par la strychnine. Les accidents disparurent au bout de 50 heures d'un traitement approprié et bientôt se manifestèrent des polyarthrites goutteuses.

En résumé, l'emploi de la colchicine fait courir, quand il est inconsidérément prolongé, des dangers réels aux malades présentant de la sclérose rénale.

M. le Pr Pouchet rappelle que le traitement de la goutte par la colchicine est très bon, à condition d'être prudemment appliqué. Les médecins anglais, qui ont une grande habitude de ce médicament, prescrivent de le suspendre pour longtemps dès qu'apparaît la diarrhée.

Le sérum de Trunecek, par Léopold Lévi. (*Presse médicale*, n° 5, p. 51, n° 6, p. 63, 1902). — Le sérum de Trunecek a été proposé comme un moyen de remédier aux troubles subjectifs liés à l'état des gros vaisseaux et d'améliorer l'asthénie cardiaque.

Il est ainsi formulé :

Sulfate de soude	0 gr. 44
Chlorure de sodium	4 gr. 92
Phosphate de soude	0 gr. 15
Carbonate de soude	0 gr. 21
Sulfate de potasse	0 gr. 40
Eau distillée, q. s. pour	100 gr.

Il représente, mais en solution dix fois plus concentrée, un mélange de tous les sels alcalins qui constituent normalement la partie inorganique du sérum sanguin et dans leurs proportions respectives.

(La stérilisation à l'autoclave demande des précautions, car il peut se produire des précipités cristallins et l'injection devient alors douloureuse ou est le point de départ d'une petite induration. Le mieux est de stériliser sur bougie de porcelaine).

Trunecek injecte 1 cc. de la solution, puis il recommence les injections tous les quatre ou sept jours, en augmentant de 0 cc. 1 à 0 cc. 5.

Parfois, il a fait des injections tous les jours et a poussé jusqu'à 5 cc. et même 7 cc.

L. Lévi commence généralement par 2 cc., puis augmente de 1 cc. tous les deux jours et se tient alors à 5 cc. La solution doit être poussée lentement.

A l'exemple de M. Marmessi, il a également utilisé ce sérum en lavements jusqu'à la dose de 35 cc.

Habituellement, il pratique dix injections, puis continue le traitement par des lavements, quitte à revenir plus tard aux injections.

Le sérum de Trunecek est applicable à la sclérose des gros vaisseaux, à la sclérose du cœur, à la cachexie artérielle. Il trouve son indication dans l'artério-sclérose cérébrale, dans le rhumatisme chronique.

La dyspnée nocturne est très rapidement calmée par les injections : à cet égard, M. L. Lévi mentionne des observations tout à fait significatives.

L'état général s'améliore également dans un grand nombre de cas : le sommeil, l'appétit renaissent, les forces reviennent.

On note également, dans l'artério-sclérose cérébrale, la disparition des phénomènes sensitifs (paresthésies, fourmillements et engourdissements), des phénomènes de myopragie cérébrale.

Le sérum n'agit pas seulement sur des phénomènes localisés ; il influence heureusement des symptômes plus diffus : vertiges, troubles visuels, bourdonnements d'oreilles, céphalée, troubles de la mémoire.

Par contre, s'il existe tous les signes d'un foyer destructeur, la médication n'amènera aucune modification.

Enfin, le sérum paraît avoir une application formelle et efficace dans l'otite scléreuse : disparition des bourdonnements d'oreilles, suppression de l'état de mal vertigineux, amélioration de l'acuité auditive.

Le sérum de Trunecek doit incontestablement son efficacité à son action hypotensive. Il en résulte des modifications dans la circulation générale et dans les circulations locales qui permettent de comprendre les améliorations observées, en ce qui concerne le cerveau, par exemple, et les oreilles. Outre l'action hypotensive, le sérum exerce peut-être une action sur la crase sanguine, ce qui permettrait de comprendre son efficacité dans le rhumatisme chronique.

Dans les formes neurasthénoïdes de l'artério-sclérose avec hypertension artérielle, le sérum donne des résultats remarquables : les maux de tête, les vertiges, les bourdonnements d'oreille, la faiblesse générale, les troubles de la mémoire disparaissent.

Il trouve aussi son emploi dans certaines congestions locales ; la céphalée congestive disparaîtra sous son influence et la rétention des prostatiques peut disparaître à la suite de quelques injections.

G. Lyon.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr Courtade

Ancien interne des hôpitaux

Contribution à l'étude du traitement des otorrhées. De la méthode de Aitken, par le Dr Leclerq. (*Ann. et bull. de la Soc. de Médec. d'Anvers*, (oct.-nov. 1901). — On sait combien les otorrhées résistent au traitement divers tels que : irrigations antiseptiques, bains d'oreille, drainages à la gaze, douche d'air, aspiration du pus avec le spéculum de Siegle.

Pour retirer le pus de l'oreille moyenne, l'auteur se sert d'une tige garnie d'ouate faisant fonction d'un piston dont le conduit serait le corps de pompe. Après l'aspiration du pus,

le conduit auditif est nettoyé à sec, puis on y verse 2 à 3 gouttes du mélange suivant :

Iodoforme.....	ãã	1 gramme
Iodure de potassium.		
Teinture d'iode.....		10 —
Alcool.....	ãã	15 —
Glycérine.....		

Ce traitement est répété tous les deux jours; de plus, le malade se fait trois fois par jour des injections avec une solution à 2 0/0 de formol.

Aitken, de son côté, employait en même temps un procédé analogue sous la désignation de « procédé pneumatique ». Après nettoyage de l'oreille, il instille de *l'alcool iodoformé ou amyloformé.*

M. Leclercq conclut que ce mode de traitement lui paraît plus pratique et plus rapide que les autres : la durée du traitement, pour obtenir la guérison, a été de 6 à 7 semaines.

Il ajoute, avec une très louable prudence, que le nombre de ces observations est trop restreint pour pouvoir formuler une opinion définitive.

COURTADE

L'extrait de capsules surrénales en rhino-laryngologie (*Soc. laryngologique de Berlin*, 10 janvier 1902.) — ROSENBERG prépare lui-même son extrait, et se sert de la solution aqueuse additionnée de quelques gouttes d'acide phénique, destinées à empêcher la putréfaction : depuis 6 mois, le liquide ne s'est pas altéré.

Le topique doit être appliqué sur le point qu'il s'agit d'anémier, soit en pulvérisation, soit au moyen d'un tampon d'ouate. L'action ischémiante est bien plus énergique que celle de la cocaïne ; l'inverse s'observe pour l'action anesthésiante. Il en résulte que la meilleure façon de procéder, quand il s'agit d'opérer sur le cornet moyen ou le septum, par exemple, sera d'associer les deux substances. L'extrait de capsules surrénales rend spécialement des services quand la cavité nasale est très étroite, ou quand il s'agit d'explorer les orifices des sinus ; en effet, la muqueuse des cornets moyens diminue beaucoup plus nettement de volume sous l'influence de l'extrait que sous celle de la cocaïne.

L'inconvénient de l'extrait est le même que celui de la cocaïne : il expose à des hémorragies post-opératoires, et l'orateur, pour se mettre à l'abri de cet accident, cautérise à la fin de l'intervention au nitrate d'argent les points opérés et fait un tamponnement de la fosse nasale.

En cas de coryza aigu, surtout s'il a envahi les sinus, l'extrait procurera pendant 1 à 2 heures un grand soulagement : dans la fièvre des foins, au contraire, le résultat est douteux.

L'application du topique sur la muqueuse laryngienne présente des avantages marqués dans les cas où l'intervention doit durer un certain temps ; mais, même en cas de laryngite aiguë, on peut obtenir une ischémie telle qu'un artiste atteint de laryngite pourra retrouver pour quelques heures sa voix normale sous l'influence de l'extrait. En cas d'œdème du larynx, surtout chez des phtisiques, on se trouvera bien de son emploi.

On pourra enfin se servir de l'extrait pour reconnaître, dans certain cas douteux, si l'on a affaire à une congestion vasculaire ou à une infiltration.

E. VOGT.

Influence de la trachéotomie sur la guérison de la tuberculose laryngée (*Société des otologistes et laryngologues hongrois in : Wien. med. Wochenschrift*, 30 novembre 1901). — NAVRATIL présente une femme de 44 ans, chez laquelle on fut obligé de pratiquer la trachéotomie pour des troubles de cyanose et dyspnée intenses, dus à l'existence d'une laryngite tuberculeuse très avancée. Depuis le moment où les fonctions du larynx ont été supprimées, les lésions ont manifestement rétrocédé, les infiltrations ont disparu, les articulations crico-aryténoïdiennes ankylosées ont retrouvé leur fonctionnement, l'hypérémie et l'infiltration des cordes vocales a fortement diminué. Depuis 12 jours, on ne trouve plus de bacilles de Kock dans les crachats.

Un autre malade présenté, âgé de 20 ans, fut trachéotomisé d'urgence pour une dyspnée considérable : trois mois plus tard, les infiltrations tuberculeuses étendues avaient rétrocédé. Au jour de la présentation, un an plus tard, on ne trouve plus qu'un léger catarrhe laryngo-bronchique et une infiltration peu marquée de l'épiglotte ; le larynx présente un aspect normal.

E. VOGT.

Maladies vénériennes

Maladies de la Peau

D' MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux.

Traitement de la pelade, par HALLOPEAU (*Bul. gén. de thérapeutique*, 15 novembre 1901). — Dans le but d'enlever mécaniquement les agents parasitaires, de les détruire et de transformer le tégument en un milieu de culture dé-

favorable à la vie de ces parasites, l'auteur préconise le traitement suivant:

A. *Pelades du cuir chevelu.*

a) Tous les jours, savonnage à l'eau chaude de la région.

b) Lotion de la région avec le tétrachlorure de carbone purifié, dans le but d'enlever les matières grasses et les microbes qui y sont inclus.

c) Friction douce consécutive avec :

Alcool	300	grammes
Alcoolat de lavande	30	—
Essence de térébenthine	60	—
Camphre	60	—
Sublimé	0 gr. 90	

Pour les pelades des autres parties du corps, réduire de moitié la dose de sublimé.

d) Après avoir enlevé, avec une pince à épiler, les petits cheveux en massue qui ne tiennent pas, badigeonner chaque plaque dénudée, en empiétant d'environ 5 millimètres sur son pourtour, avec le crayon suivant :

Chrysarobine	3 gr. 50
Paraffine }	ãã 2 gr. 50
Beurre de cacao }	
Soufre précipité	0 gr. 60
Résorbine	1 gr. 50

Us. Ext.

La guérison est ainsi amenée en trois ou quatre mois.

e) Le crayonnage provoque une rougeur vive, aussi peut-on, le cas échéant, le remplacer par des badigeonnages avec un tampon d'ouate imprégné d'une solution d'acide phénique cristallisé (9 parties pour 1 d'alcool à 95°). On continuera jusqu'à ce que les points traités présentent une coloration blanche. On cesse alors et on enlève l'excès de la préparation phéniquée avec une lotion à l'alcool à 95°, ne pas laisser couler en dehors de la plaque. Tous les trois à cinq jours on renouvelle le badigeonnage, en se guidant sur l'irritation qu'il provoque.

f) On peut aussi employer une friction à la teinture de cantharides, en renouvelant dès que l'épiderme s'est reformé : l'huile de croton de 2 à 10 0/0 dans un crayon de beurre de cacao ou de paraffine, pourra servir aussi.

Après emploi, nettoyer les instruments de toilette ou la coiffure au moyen de la lotion parasiticide ci-dessus.

B. *Pelades du visage.*

a) Les préparations ci-dessus sont ici trop actives, on les remplacera par des frictions quotidiennes à l'acide lactique (5 gr. pour 15 à 20 gr. alcool et chloroforme ãã). On peut remplacer cet acide par l'acide acétique cristallisable à 17°.

b) Si cette médication n'est pas supportée, on aura recours à des frictions avec le pétrole lampant, pendant cinq minutes matin et soir (Prendre garde au feu !). Ce dernier traitement est plus lent, mais il ne provoque aucune altération des téguments et n'est pas douloureux.

C. *Pelades du tronc.* Pour les pelades partielles, traitement comme pour le cuir chevelu. Si la chute des poils est complète, frictions prolongées au pétrole ou bains de sublimé (20 gr. pour 200 litres).

Les traitements internes et les injections de pilocarpine sont sans utilité.

E. Vogt.

Emploi du cacodylate de soude dans la lèpre, par Raynaud (*Journal des Maladies cutanées et syphilitiques*, décembre 1901). — En Algérie, l'huile de chaulmoogra, bien supportée l'hiver, n'est plus tolérée dans la saison chaude. L'auteur a eu alors l'idée de s'adresser au cacodylate de soude.

Six malades ont été soumis à cette médication. Les sujets traités étaient des lépreux avérés ; le bacille de Hansen a été découvert dans tous les cas, sauf un.

Ce qui frappe le plus dans ces observations, c'est le relèvement rapide de l'état général, la disparition des symptômes de cachexie et l'augmentation du poids, se constatant dans tous les cas. Cette augmentation a été de 900 grammes (Obs. V); 1.500 grammes (Obs. I et III), de 7 k. 900 (Obs. IV), et de 8 à 10 kilos (Obs. VI); elle s'est produite en un laps de temps variant de 40 à 60 jours.

En même temps que les malades sentaient leurs forces et leur santé générale s'améliorer, les ulcérations et les lépromes se cicatrisaient ou s'affaissaient avec rapidité. Dans quatre cas l'effet du cacodylate a été très marqué; il l'a été moins dans un cas; dans un sixième cas, on n'a pas obtenu de modifications dans l'état local.

Les injections ont pu être continuées sans interruption pendant un assez long temps sans déterminer d'intolérance; dans un cas, on a injecté pendant un mois 5 centigr. par jour, puis 10 centigr. sans inconvénient ; un second malade, malgré des traces d'albumine dans les urines, a une première fois reçu 11 doses de 5 centigr. sans que l'albumine ait augmenté. Plus tard, à la suite d'une atteinte d'érysipèle et d'une nouvelle poussée lépreuse, ses urines continrent 12 grammes d'albumine par litre, et 2 injections de 5 centigr. de cacodylate ne semblèrent pas influer sur la lésion rénale. Un troi-

sième malade a eu 2 jours de diarrhée pendant lesquels on suspendit le traitement; mais de nouvelles doses n'ont pas provoqué de flux intestinal.

En résumé, sur 6 cas traités par le cacodylate, l'auteur a obtenu 4 cicatrisations rapides de lésions ouvertes, et, même d'ulcères plongédéniques et dans toutes les observations l'état général s'est relevé, le poids a augmenté.

L'auteur ne veut pas considérer cet agent thérapeutique comme un spécifique de la lèpre, mais il estime qu'il peut rendre de signalés services dans une affection contre laquelle on est peu armé. Les huiles et opiats, qui, entre toutes les mains ont donné d'excellents résultats, ne sont pas toujours tolérés par la muqueuse gastrique ou rectale ; il semble que la méthode des injections cacodyliques, utilisée déjà dans certaines dermatoses, ne doive pas être négligée dans le traitement de cette dernière affection.

E. Vogt.

Etat actuel de la syphilis-thérapie, par le Dr P. Rusch (*Zeitschrift fur Augenheilkunde*, janv. 1902). — L'antidote spécifique de la syphilis est encore et toujours le mercure, quelque inconnu que reste encore son mode d'action. Le mercure n'agit pas seulement sur les manifestations en cours, mais il prévient ou recule des accidents ultérieurs.

Il n'y a qu'à la période tertiaire que le mercure trouve un concurrent dans l'iodure de potassium.

Les uns, avec Finger, attribuent les accidents tertiaires à l'action des toxines, mais la plupart des syphiligraphes sont d'accord pour les attribuer aux microbes eux-mêmes.

Le mercure peut être introduit dans l'organisme par des moyens et des voies différentes :

Par absorption cutanée, dont le meilleur moyen est constitué par les *frictions mercurielles*, une des méthodes les plus anciennes et les plus puissantes. *L'onguent napolitain* peut être remplacé par la *lanoline hydrargyrique* ou par une pommade du même genre au *vasogène*. L'essentiel est que l'onguent soit fraîchement préparé et surtout bien appliqué.

Avant de commencer la cure, il est bon de faire prendre un bain au malade et de lui donner l'habitude de veiller à la plus grande propreté de sa bouche et de ses dents. Les frictions doivent être pratiquées avec méthode : le premier jour, on frictionnera les deux mollets ; le second la partie interne des cuisses en évitant le pli inguinal ; le troisième jour, on frictionnera les parties latérales du thorax et de l'abdomen ; le quatrième la partie interne du bras et le cinquième le dos. Un bain est prescrit le sixième jour et l'on recommence la série. Les parties du corps choisies pour les frictions sont celles où l'on risque le moins de provoquer des irritations locales, de l'eczéma, etc.

La pommade doit être appliquée petit à petit et les frictions doivent durer 30 à 30 minutes, de façon à ce que la pommade disparaisse presque complètement dans la peau, qui doit rester grise et non pas noire. Les doses journalières varient de 3 à 8 grammes d'onguent suivant l'intensité de la maladie et le tempérament de l'individu.

Certaines précautions doivent être prises : les fatigues corporelles ou intellectuelles doivent être soigneusement évitées ; la nourriture doit être saine, abondante, mais pas excitante ; il faut s'abstenir d'alcool et éviter les refroidissements.

Certaines peaux ne peuvent supporter les frictions, malgré tous les soins pris pour éviter toute irritation cutanée. C'est dans ces cas et lorsqu'il y a dermatose antérieure qu'il faudra avoir recours à d'autres méthodes.

Quand au mode d'absorption du mercure, il est toujours très discuté : les uns veulent qu'il soit absorbé exclusivement par les voies respiratoires. Neumann a pu suivre le mercure sous forme de fins globules jusque dans les glandes sébacées ou sudoripares ; mais il ne peut être question de leur pénétration à travers la peau elle-même : probablement, ces globules se volatilisent dans l'intérieur des glandes et sont résorbés à l'état gazeux ; mais aucune preuve matérielle n'a pu encore être fournie de ce fait. En tous cas, la pénétration par voie cutanée serait très faible.

L'absorption par les voies respiratoires étant la plus active, on a cherché à remplacer les frictions par des sachets contenant soit de la pommade, soit une poudre mercurielle (amalgame de magnésium, ou d'aluminium). On a fait aussi des étoffes de laine saturées de mercure, que l'on porte jour et nuit sur la poitrine. Mais l'action thérapeutique de ces applications n'étant en rien comparable à celle des frictions, il nous faut bien admettre que le mercure est, en somme, absorbé en notable partie par la peau, qui elle aussi est un organe respiratoire.

Les *bains de sublimé* peuvent rendre les plus grands services dans les cas de syphilides pustuleuses ou ulcéreuses, qui ne se prêtent pas au traitement par les frictions. Le sublimé, non résorbé par la peau saine, peut très bien l'être par les parties ulcérées.

Les *injections mercurielles* présentent de nombreux avantages sur les autres méthodes. Elles sont très commodes et pour le malade et pour

le médecin, qui est sûr des doses administrées et absorbées quand il se sert de *sels solubles*. L'action des injections est rapide et puissante, mais l'élimination en est d'autant plus rapide; il s'agit donc de répéter les doses assez fréquemment, tous les jours d'abord, puis tous les deux jours. Aujourd'hui, le sel soluble le plus propre aux injections est certainement le cyanure d'hydragyre, aussi actif, mais moins caustique que le sublimé. L'acoïne peut, du reste, rendre ces injections absolument indolores (1).

Les *injections de sels insolubles* ont l'avantage de pouvoir être pratiquées à de plus longs intervalles; mais elles ont une action cumulative qui a été cause déjà de plusieurs accidents mortels.

L'*huile grise* et le *calomel* 1/10 sont le plus employés, à la dose de une injection par semaine.

La médication interne, encore très employée en France et en Angleterre, tend de plus en plus à céder le pas aux méthodes précédentes. L'absorption par le tractus digestif est très irrégulière et les troubles gastriques qu'elle occasionne peuvent gêner considérablment le traitement. Néanmoins, il est des cas où cette médication seule peut être permise, pour des causes individuelles et mondaines.

Quelle que soit la méthode par laquelle le mercure a été administré, il faut en suivre l'action avec une grande sollicitude pour éviter les phénomènes d'intoxication ou même simplement les phénomènes de l'hydrargyrisme du côté de la bouche, du tube digestif et des reins.

Les dents doivent être soignées très attentivement, celles qui sont cariées doivent être arrachées, les autres doivent être réparées soigneusement. Il faut recommander aux malades de se laver la bouche après chaque repas et veiller à une asepsie aussi parfaite que possible.

L'hydrargyrisme se montre rarement sous la forme gastro-intestinale, crampes d'estomac, coliques violentes, s'accompagnant de diarrhées parfois sanguinolentes. Ces accidents s'observent surtout chez les sujets débiles, séniles.

Enfin, on a observé de temps en temps la néphrite aiguë comme une des graves complications de l'hydrargyrisme.

Dans quelques cas rares, le traitement mercuriel amène une anémie, une débilitation telle que les accidents syphilitiques revêtent un caractère de malignité tout particulier.

Un traitement mercuriel trop prolongé peut entraîner aussi des phénomènes de dépression nerveuse et d'hypocondrie.

(1) Voir Darier, *Leçons de Thérapeutique Ocu-lire*, 2e édition, Paris 1902.

Traitement ioduré. — Tandis que le traitement mercuriel est indiqué à toute les périodes de la syphilis, l'iodure de potassium a des indications beaucoup plus restreintes. Son vrai domaine est la période tertiaire, où il agit plus vite et plus sûrement que le mercure. Il fait merveille dans les affections osseuses et contre les gommes du système nerveux, contre les céphalées.

L'iodure de potasssium est aussi quelquefois très mal supporté : éruptions cutanées, coryza, gastrite, aussi a-t-on cherché d'autres iodures de sodium, d'ammonium, de rhubidium, etc., mais l'*iodipine* est peut-être le plus sûr et le moins dangereux des succédanés de l'iode (1).

A. Darier.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté.

Suites éloignées de l'intervention chirurgicale dans trois cas de déchirures traumatiques de l'urèthre, par Guyon (*in. Ann. Gén. Ur.*, 1902 p. 1). — Les rétrécissements traumatiques qui succèdent à de graves déchirures de l'urèthre ont une funeste influence sur l'avenir des jeunes sujets.

Trois malades ont été ainsi observés : le premier, âgé aujourd'hui de 22 ans, a eu une rupture uréthrale en 1888, traitée par l'incision, puis l'uréthrotomie interne et enfin externe, suivie en 1891 d'urétéropyélite gauche qu'améliore à plusieurs reprises un traitement uréthral (uréthrotomie, résection, dilatation (1891, 1894, 1898, 1900, 1901) et qu'il faut maintenant combattre par la néphrostomie, tout en s'occupant de l'urèthre.

Le deuxième malade a une rupture de l'urèthre par fracture du bassin depuis 1886; il a eu des accidents successifs et enfin de l'urétéropyélite droite : le rein est gros quand la miction se fait mal par les fistules ou par l'urèthre.

En somme, il y a influence première de l'urèthre, influence seconde de la vessie et ensuite rétention rénale. Bien vider la vessie vide le rein.

Pour le premier malade, la néphrostomie l'a débarrassé de sa rétention purulente et de calculs secondaires. C'est l'opération la plus simple et la plus efficace, que rendait en outre

(1) Voir *La Clinique ophtalmologique*, n° 1, 1902.

urgente la polyurie (3 litres 1/2), signe précurseur des défaillances du rein.

Le troisième malade traité, pour une perte de substance de l'urèthre, par la méthode autoplastique à deux lambeaux superposés, n'a pas eu de rétrécissement ultérieur et a guéri sans provoquer de lésions rénales ascendantes.

Pour les rétrécissements traumatiques, quand l'incision du rétrécissement ne donne pas un calibre suffisant et d'un entretien facile, il vaut mieux faire la résection.

E. Chevalier.

Un cas d'urèthre double, par Dubot (in *Ann. Gén. Ur.* 1902, p. 76). — Chez un homme de 24 ans atteint de blennorrhagie, l'auteur remarque que le pus sort par deux ouvertures : une à la pointe du gland, une dans le point de reflexion du prépuce à la face dorsale de la verge : celle-ci et les testicules sont petits. Le prépuce est anormal, semblant avoir subi un arrêt de développement à sa partie supérieure ; le gland est légèrement bifide à son extrémité par le fait d'une fente verticale de 1 centimètre de long.

Le canal anormal du dos de la verge se continue sous la peau et sur la ligne médiane avec un calibre n° 8 pendant 1 centimètre et demie, filiforme ensuite jusqu'à une profondeur de 9 centimètres : il est borgne.

L'auteur a détruit ce trajet par trois séances d'électrolyse de 15 à 20 milliampères pendant 15 minutes, espacées de huit en huit jours.

E. Chevalier.

Les prostatiques méconnus, par Desnos (in. *Journ. des Praticiens*, 1902, p. 33). — Souvent des malades traversent les étapes du prostatisme et arrivent à la cachexie urinaire sans qu'un diagnostic exact ait été posé.

On s'égare sur les signes digestifs et sur les signes non chirurgicaux de l'appareil urinaire. Le toucher rectal même ne fournit que des signes en apparence négatifs, et on néglige le cathétérisme, d'ailleurs dangereux en l'espèce. Pourtant, Guyon l'a bien montré, ces malades sont des prostatiques, déjà infectés ou intoxiqués.

Un prostatique en rétention avec distension doit être sondé, mais les dangers sont égaux au moins à ceux d'une laparotomie : il faut vider la vessie en plusieurs jours, comme l'a indiqué Guyon. Plus tard, on pourra faire l'une des interventions récemment proposées (prostatectomie totale ou partielle, opération de Bottini) et on trouvera les malades dans des conditions de résistance qui eussent fait défaut avant l'évacuation régulière de la vessie.

E. Chevalier.

Chirurgie du testicule tuberculeux, par Lejars (in *Sem. méd.*, 1902, p. 9). — Les formes sont nombreuses dans la tuberculose testiculaire. S'il y a un noyau épididymaire isolé, unilatéral, il faut enlever sans attendre le noyau tuberculeux, surtout si le noyau grossit, se ramollit, s'abcède ou se fistulise. L'opération est simple et se fait à la cocaïne : on ouvre la collection, on la déterge et on en extirpe les parois avec la fistule, s'il y en a une ; il faut tailler en tissu sain pour enlever tout le mal.

Dans l'épididymite tuberculeuse totale, unilatérale, les chirurgiens allemands conseillent la castration totale primitive. Lejars conseille l'épididymectomie, qui, si elle est précoce, suffira, car dans les 2/3 des cas le corps testiculaire est sain, comme le montre l'orchidotomie exploratrice. On fera l'épididymectomie par voie transvaginale, à ciel ouvert, en évitant de blesser le cordon et surtout l'artère spermatique : on enlèvera les parties du scrotum adhérentes ou fistuleuses, on fera ensuite l'exploration du corps testiculaire par l'orchidotomie exploratrice en incisant sur le bord convexe ou sur le bord supérieur l'albuginée et le testicule en pénétrant jusque dans l'épaisseur du corps d'Highmore : si le testicule est farci de noyaux ou de granulations, on l'enlèvera (castration) ; si les noyaux sont peu nombreux ou isolés, on les enlèvera par une incision en coin, suivie de suture.

S'il s'agit d'une orchiépididymite tuberculeuse unilatérale, avec fistules multiples, envahissement du scrotum, il faut enlever en bloc toute la zone infectée et faire la castration en masse par transfixion médio-scrotale, de même que dans les formes hypertrophiques (Tuffier) ou dans les formes diffuses et rapides de l'enfant (Felizet).

On fera, en outre, la section haute du canal déférent et l'extirpation de la vésicule séminale soit par voie basse ou périnéale, soit par voie haute ou inguinale.

Dans la tuberculose bilatérale simultanée, on peut être amené à faire la double castration pour sauver la vie du malade ; mais, hormis ces cas, il vaut mieux une épididymectomie double avec sections hautes des déférents, résection partielle des noyaux testiculaires, ou les ligatures en masse du cordon spermatique (Mauclaire).

Enfin, même chez un phtisique cachectique, on peut être amené à intervenir pour soulager ses derniers mois : la castration semble à Lejars préférable aux ignipunctures.

E. Chevalier.

Le massage du rein, par L. Pomiro (*Rivista critica di clinica medica*, n° 51; 1901). — Rosenthal et Richelot ont conseillé le massage du rein dans les cas de rein mobile : l'auteur, qui avait jadis eu l'occasion d'observer des phénomènes d'irritation rénale après la simple palpation exploratrice, reprend son argumentation et se prononce nettement contre cette méthode thérapeutique. Il a étudié dix malades atteints de rein mobile, mais indemnes d'altérations inflammatoires. Dans toutes ses observations, même après un léger massage du rein ayant duré deux minutes, il trouva de l'albumine dans les urines. Les analyses montrèrent que la quantité des urines et de l'urée ne se modifiait pas.

Dans un cas, on trouva des épithéliums rénaux et 0,50 centig. d'albumine par litre; dans les autres, on ne trouva que des leucocytes et des hématies (six cas). Le repos au lit et le régime lacté ont toujours eu rapidement raison de cette albuminurie. Mais cet accident démontre qu'il faut observer une très grande prudence dans l'application du massage abdominal chez les malades atteints de rein mobile, et ayant souffert des reins dans le passé, même si le trouble avait été léger.

A. L. Pomiro.

Gynécologie et Obstétrique

Chef du Laboratoire de la Maternité à l'hôpital de la Charité

Le principe de l'incision médiane de l'utérus et son utilité dans les procédés opératoires, par Otto Kustner (*Centralb. für Gynäk.*, 2 novembre 1901, n° 44). — L'incision médiane totale ou partielle de l'utérus a été conseillée par divers auteurs, par Doderlein dans l'hystérectomie vaginale totale, par Kronig dans la myomotomie abdominale, par l'auteur lui-même dans l'opération conservatrice de l'inversion, dans les mêmes cas, par Westermark-Borelius et Kehrer.

Le but spécial de cette incision est de mobiliser l'utérus, soit qu'il s'agisse de faire passer chaque moitié de l'organe à travers un orifice étroit par lequel l'organe entier avec ses dépendances n'aurait pu passer, soit qu'il s'agisse de se créer un accès vers les vaisseaux spermatiques et utérins. D'autres applications du même principe peuvent être avantageuses.

Quand on opère par l'abdomen un gros myome interstitiel, dépassant l'ombilic, on peut arrêter l'incision de la paroi abdominale au-dessous de l'ombilic, puis on incise le myome profondément de façon à pénétrer à travers la capsule à quelques centimètres dans le myome. A l'aide de pinces enfoncées dans l'une des lèvres de la plaie, on peut amener successivement chaque moitié de l'utérus au dehors. Peu importe qu'après ou avant d'avoir attiré l'utérus au devant de la paroi on se procure d'autres avantages techniques en faisant l'énucléation partielle ou totale du myome ou que, suivant Kronig, on sectionne complètement l'utérus pour faciliter l'extirpation totale.

Dans les cas où l'auteur, renonçant exceptionnellement à la voie abdominale, a fait la vaginofixation pour prolapsus ou rétroflexion, il a jugé que l'hémisection médiane de l'utérus pouvait encore être bonne.

Après ouverture de la poche vésico-utérine, on incise l'utérus encore retenu en haut par ses adhérences, sans cependant traverser toute la paroi, mais exactement au milieu; on saisit avec avec la pince à griffes une des lèvres de la plaie; l'utérus devient ainsi plus mobile; l'index gauche arrive facilement au-dessus de la pince et rompt des adhérences utérines. On prolonge l'incision par en haut et on continue avec l'index à libérer l'utérus. On peut même amener l'utérus avec ses adhérences dans le vagin et le libérer avec les ciseaux ou le Paquelin. On peut encore amener dans le vagin les insertions utérines des annexes, ce qui permet de les décoller. On suture la plaie utérine au catgut, ou, si elle est courte et peu profonde, on peut la prendre dans les fils qui serrent l'utérus.

L'opérateur doit naturellement s'abstenir de rompre des adhérences qui pourraient amener des lésions intestinales ou des hémorragies graves que la coelioscopie ne permettrait pas d'arrêter.

Médecine

Du traitement de la dysménorrhée, par Fritsch (*Wiener Klinik*, décembre 1901). — Selon l'auteur, les cas de douleurs menstruelles sont sous la dépendance, non pas de conditions mécaniques (myome, sous-muqueux, rétrotrite, etc.), mais de troubles nerveux. La dysménorrhée est due à une contraction spasmodique du sphincter de l'artère utérine, comme les crampes de l'œsophage, de l'intestin sont causées par un spasme du pylore, du cardia, etc. Ce spasme des fibres musculaires lisses est en première ligne responsable du dysménorrhée [illegible] hystérie, neurasthénie, sur le fond [illegible] chanisme, etc.

Dans les cas graves, quand le traitement général échoue, l'auteur conseille de diminuer la contractilité du sphincter en en réséquant des petites parties, de faire la résection de l'orifice interne. La guérison spontanée de la dysménorrhée après l'accouchement s'explique précisément par la formation durant l'accouchement de petites fissures de l'orifice interne, auxquelles succède un tissu cicatriciel. On peut faire la résection à ciel ouvert en décollant le cul de la vessie et en incisant la paroi cervicale antérieure jusqu'à l'orifice interne.

L'auteur a toujours préféré dilater le col jusqu'à 10 millimètres, inciser de chaque côté, introduire un bistouri jusqu'à l'orifice et réséquer un petit lambeau de la muqueuse et de la musculeuse sur la ligne médiane en avant et en arrière. Et, pour éviter que l'incision soit ou trop profonde ou trop superficielle, il a fait construire un bistouri ayant une lame de 1 1/2 centimètre de longueur, un tranchant de 6 millimètres de profondeur et portant au dos deux arrêts transversaux ayant 3 millimètres de largeur empêchant le tranchant de pénétrer à plus de 6 millimètres de profondeur. Après l'excision, on peut ou non suturer les plaies; chez les femmes stériles, l'auteur ne suture pas, pour augmenter les chances de conception. Jusqu'à présent, il a opéré 22 fois avec succès.

R. Blondel.

De l'emploi du pessaire dans le prolapsus de l'utérus et du vagin, par Wilhelm Rosenfeld (Wien) (*Centralb. für Gynak.*, 7 décembre 1901, n° 49). — Après essai infructueux des différents pessaires, même les plus grands, chez une femme de 64 ans atteinte de prolapsus avec cysto et rectocèle, refusant d'être opérée, l'auteur vit avec surprise que tous les organes restaient en place quand il eut appliqué un pessaire ayant exactement la forme d'un entonnoir, dont la partie évasée, ayant 5 centimètres de diamètre, supportait le col.

Voici comment l'auteur explique comment ce pessaire restait en place, alors qu'auparavant les plus grands pessaires étaient expulsés.

Quand le pessaire en entonnoir est appliqué, les parois du vagin viennent se loger dans l'angle formé par l'entonnoir et son embouchure et, de ce fait déjà, arrêtent le pessaire dans sa descente. Sous l'influence de la pression abdominale, la paroi vaginale antérieure est poussée contre l'embouchure de l'entonnoir, la tige du pessaire. Celle-ci est portée en arrière, son extrémité contre le rectum et la région périnéale postérieure. A ce niveau se trouvent des fibres du releveur de l'anus (muscle pubo-coccygien, muscle recto-coccygien) qui servent de points d'appui à la tige et obligent la partie évasée du pessaire à rester élevée au lieu d'être poussée vers le point de moindre résistance, c'est-à-dire la vulve.

R. Blondel.

Pharmacologie

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Considérations sur les antithermiques analgésiques (*Bul. gén. de thérapeutique*, 30 décembre 1901). — La leçon d'ouverture du Pr Pouchet a trait aux antithermiques découverts dans ces dernières années. On peut les diviser en cinq groupes. Le premier (*gr. de la quinoléine*) renferme la quinine; le second (*gr. du pyrrol*), l'antipyrine; dans le troisième (*gr. de l'hydrogène*), on ne rencontre que des corps ayant donné de mauvais résultats thérapeutiques, car ils exercent une action défavorable sur les hématies et la matière colorante du sang; l'abaissement de température n'est obtenu qu'au prix de désordres plus graves que ceux qu'on voulait combattre.

Le quatrième groupe (*gr. des anilides*), présente des inconvénients marqués; aussi a-t-on cherché à substituer à certains radicaux chimiques existant dans la molécule d'autres radicaux, dans le but d'atténuer les inconvénients observés ou les transformer même en qualités. La substitution, par exemple, du radical lactyle au radical acétyle a donné naissance à la lactylphénétidine ou lactophénine, substance qui ne mérite pas le bruit qui s'est fait autour d'elle.

Le cinquième groupe (*gr. des acides aromatiques*), renferme les acides salicylique et benzoïque, antithermiques occasionnels, dont le premier jouit, ainsi que ses dérivés, de propriétés analgésiques remarquables.

On reconnaît de suite, quand on étudie la longue suite de corps que ces cinq groupes contiennent, que l'expérience a permis de remettre en un rang modeste nombre de produits considérés, au moment de leur apparition, comme supérieurs à tous les autres. Mais il est certain que l'étude de tous ces corps est en train de se transformer en une science précise et que, par la connaissance des propriétés pharmacodynamiques, on arrivera à déterminer exactement l'action médicamenteuse de chaque produit. On sait, par exemple, que la substitution d'un radical méthyle à un atome d'hydrogène

dans une substance douée de propriétés antithermiques, renforce notablement l'action analgésique et narcotique de cette substance. Le maximum de modification en ce sens s'obtient en substituant un groupe éthyle à l'hydrogène : en même temps la toxicité de la substance atteint son minimum. La substitution du radical propyle à l'hydrogène diminue, dans le quatrième groupe, les actions narcotique, analgésique et antithermique, alors qu'elle exalte dans de notables proportions ces propriétés dans le premier groupe. Il en résulte que la quinopropyline, par exemple, est quatre fois plus toxique que la quinine.

E. Vogt.

Observations cliniques concernant l'agurine (préparation nouvelle de théobromine) (*Deutsche Aerzte Ztg*, 15 déc. 1901). — Michaelis rappelle les inconvénients de la théobromine : à l'état d'alcaloïde elle est pour ainsi dire insoluble dans l'eau, et son assimilation est, par conséquent, incertaine : à l'état de sel sodique, elle présente une réaction alcaline très marquée et des propriétés caustiques. On a donc, en général, préféré la diurétine, sel double de théobrominate de soude et salicylate de soude, facilement soluble, encore légèrement alcalin, mais privé de causticité.

On sait que la diurétine rend de grands services lorsqu'il s'agit de combattre les troubles circulatoires provoqués par des affections valvulaires du cœur : elle a moins d'action sur les hydropisies des brightiques, mais l'auteur a pu reconnaître que, dans un cas d'ascite chez un cirrhotique, l'administration de 4 grammes par jour de diurétine amena en 10 jours la disparition de l'ascite : la quantité d'urine des 24 heures monta jusqu'à 7.000 cc.

Mais la diurétine présente encore des inconvénients : son goût est assez désagréable et l'acide salicylique qu'elle contient irrite l'estomac. L'auteur a jugé utile d'expérimenter un sel double de théobromine et d'acétate de soude. C'est une poudre blanche, facilement soluble dans l'eau, de goût salé et amer tout à la fois, de réaction nettement alcaline, contenant pour une partie (en poids) de théobrominate de soude 0 gr. 4 d'acétate de soude, et qui a reçu le nom d'*agurine*.

Contrairement à Destrée, qui le premier étudia cette substance, l'auteur ne constate aucune modification dans la quantité d'urine quotidienne chez l'individu bien portant sous l'influence de la diurétine. L'auteur a pu reconnaître, en outre, que dans les cas légers de néphrite interstitielle par artério-sclérose, l'effet diurétique est marqué, tandis qu'il fut négatif dans un cas de néphrite interstitielle grave avec phénomènes urémiques et dans un cas avancé de néphrite parenchymateuse chronique. Mais dans tous les cas d'hydropisie d'origine cardiopathique, surtout quand la pression sanguine a été relevée au préalable par la digitale, l'effet est très manifeste.

La dose de 3 grammes par jour, divisée en 3 cachets, est indiquée. Les solutions ne sont pas à recommander, car l'action de l'acide carbonique de l'air se manifeste sur elles par une précipitation de théobromine, ce qui trouble le liquide.

L'effet diurétique est obtenu au bout de 2 ou 3 jours et disparaît au lendemain de la suppression du médicament.

Sous l'influence de l'acide chlorhydrique du suc gastrique, l'agurine donne un précipité de théobromine, mais ce précipité est à l'état de division extrême et le suc intestinal exerce sur lui une action beaucoup plus efficace que sur le précipité plus grossier que donne la théobromine dans les mêmes conditions.

L'agurine est fort bien supportée : elle fut acceptée sans difficulté dans des cas où la diurétine avait provoqué des malaises.

En résumé, l'agurine présente sur son congénère l'avantage de ne contenir aucune substance active en dehors de la théobromine, car l'acétate de soude ne représente qu'un diurétique faible. En outre, la digestibilité de l'agurine est supérieure à celle de la diurétine.

L'agurine agit surtout sur le rein, et l'effet diurétique sera d'autant plus marqué que cet organe sera moins atteint ; mais une néphrite interstitielle légère n'empêche pas la diurèse de s'accentuer.

E. Vogt.

L'hédonal, hypnotique nouveau, par Marberger (*Pester med. chir. Presse*, 22 décembre 1901). — L'*hédonal* (méthyl-propylcarbinoluréthane) a fait déjà l'objet de nombreux travaux (voir cette Revue 1901, p. 32, 281, 321, 667, 788). C'est une poudre blanche, cristalline, qui présente une légère odeur aromatique et une saveur peu marquée. L'action hypnotique commence 15 à 20 minutes après ingestion et dure 7 à 8 heures, à la dose moyenne, tout-à-fait inoffensive, de 1 à 2 grammes.

L'auteur a expérimenté ce médicament dans 25 cas d'insomnie de causes diverses, parmi lesquels 12 avec fièvre élevée. L'expérience a démontré que les indications de l'hédonal sont étendues, et qu'on peut sans inconvénient continuer longtemps son administration. L'innocuité est absolue. Les phtisiques, les cardiaques, les albuminuriques supportent très bien cet

hypnotique, qui a en revanche échoué dans un cas de tabès et un autre de démence sénile.

Dans les cas où l'insomnie est due à des affections organiques inflammatoires douloureuses, on fera bien de donner, en même temps que de l'hédonal, du pyramidon (0 gr. 30) ou de l'aspirine (1 gr.).

Pour éviter l'insomnie qui se manifeste chez les sujets devant subir une opération, dans la nuit qui précède l'intervention, l'hédonal rend de grands services : mêmes résultats si on l'administre la nuit qui suit l'opération. Dans les cas de laparotomies, d'opérations de hernies, etc., alors qu'il importe que l'opéré passe tranquillement ses nuits, l'hédonal constitue le meilleur et le plus inoffensif des hypnotiques.

Le médicament doit être administré en cachets, car il se dissout incomplètement dans les liquides.

E. Vogt.

Le dymal, par Roth (*Pester med. chir. Presse*, 3 nov. 1901). — Nous avons déjà parlé de ce sous-produit de la fabrication des manchons des becs Auer (V. cette *Revue* 1901, p. 177). Le produit (salicylate de didyme), exerce une action siccative que l'on peut utiliser en dermatologie. L'auteur s'est servi de la poudre en nature et plus souvent encore d'une pommade à 10 0/0 à base de lanoline ou vaseline.

L'auteur a employé ce topique dans 27 cas se décomposant en eczémas suintants, vésiculeux, etc., impétigos, brûlures, prurigos, etc. L'action siccative et calmante est manifeste et si le dymal ne dépasse pas, comme action thérapeutique, les topiques usuels dans les affections ci-dessus énumérées, il représente cependant une bonne acquisition, car son prix de vente est modique.

E. Vogt.

Contribution à l'emploi de l'airol, par Braun (*Gyogyaszat*, n° 43, 1901). — L'ulcère de jambe ne supporte pas, dans la majorité des cas, l'application de l'iodoforme qui irrite très rapidement les régions voisines. Dans ces conditions, l'airol constitue le topique de choix, car il n'irrite pas les tissus, tarit les sécrétions et favorise le développement de bonnes granulations.

L'auteur a utilisé en outre l'airol dans diverses interventions sur des ganglions caséifiés, en nature ou sous forme de pommade à 10 0/0, et dans les brûlures au second degré, après évacuation du liquide de la phlyctène (comme épispasme à 10 0/0, mélangé à de la poudre d'amidon). Dans ce dernier cas, on observe, en outre, une action analgésique rapide. Dans la rhinite chronique des scrofuleux, une pommade à la lanoline avec 5-10 0 0 d'airol exerce une action siccative marquée. La balanite est efficacement modifiée par l'airol pur ou additionné de poudre d'amidon. Dans deux cas d'accidents ulcéreux de nature spécifique, l'airol a provoqué une cicatrisation définitive, alors que tous les autres topiques précédemment employés avaient échoué. Le chancre mou peut être avec avantage pansé à l'airol en nature, et des bâtonnets en beurre de cacao contenant 0 gr. 5 d'airol donnent de bons résultats dans le traitement de l'endométrite catarrhale.

L'auteur donne enfin une observation de laryngite tuberculeuse, guérie par des insufflations d'airol.

E. Vogt.

Photothérapie, par Barg. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, n° 49, 1901). — L'auteur se demande si, quand on se sert de bains de lumière, on se trouve vraiment en présence d'effets provenant de rayons lumineux, car cette lumière renferme fort peu de rayons chimiques. L'action véritable de ces bains se manifeste d'ailleurs par une sécrétion sudorale abondante, qui ne s'observe pas quand on se sert des rayons chimiques purs. La lumière, enfin, produit un érythème intense, qui se développe au moment même du bain, ou de suite après, alors que l'érythème solaire a pour caractéristique de n'apparaître que quelques heures après l'action des rayons.

Il y a donc lieu d'admettre que, dans le bain de lumière, ce sont des rayons caloriques, probablement ultra-rouges, qui entrent en scène, alors que pour le traitement localisé (méthode de Finsen), ces rayons sont plutôt nuisibles.

E. Vogt.

Bains d'eaux-mères avec acide carbonique, préparés à la Riviera au moyen de l'eau de la Méditerranée (*Deutsche med. Ztg*, 27 janvier 1901). — Grattner a voulu essayer d'obtenir avec l'eau de la Méditerranée, qui a une salure de 2 1/2 0/0 environ, des bains d'eaux-mères analogues à ceux de Nauheim. Si on ajoute à un bain d'eau de mer, à la température convenable, un kilo de bicarbonate de soude et environ un kilo d'acide chlorhydrique à 50 0/0, on obtient un bain tout à fait limpide, dans lequel se développent pendant une demi-heure, sans discontinuer, d'abondantes bulles d'acide carbonique. Si l'on prend, au lieu d'eau de mer, une solution chlorurée sodique à 2 1/2 0/0, on obtient un dégagement tumultueux d'acide carbonique, circonstance défavorable. Il est pro-

bable que les sels de magnésie, qui se trouvent à la dose de 5 0/0 dans l'eau de mer, retardent l'action de l'acide chlorhydrique.

Ceci posé, il s'agissait de savoir si un bain à base d'eau de mer serait capable de donner les effets thérapeutiques du bain de Nauheim pris à la source : on sait, en effet, que l'action des bains de Nauheim artificiels n'a pas la promptitude de celle des bains pris à Nauheim. Mais cette promptitude peut, dans certains cas, être plutôt nuisible ; l'auteur a, en conséquence, soumis des cardiaques aux bains d'eau de mer saturés d'acide carbonique et a obtenu la même action sur la pression sanguine qu'à Nauheim même.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

CAFÉINE ET SES SELS

CAFÉINE

Syn. — Théine. Guaranine. Méthylthéobromine. Triméthylxanthine.

Existe dans le café (1,2 à 1,5 0/0), le thé (4 à 4,5 0/0), la noix de kola, le maté, le guarana.

Propriétés physiques et chimiques — Longues aiguilles soyeuses, blanches, amères. Soluble dans 72 parties d'eau froide, 100 d'alcool à 90°. Très peu soluble dans l'éther.

La solubilité dans l'eau augmente quand on associe la caféine au benzoate et surtout au salicylate de soude. Il faut, pour dissoudre 0 gr. 25 de caféine dans 1 cc. d'eau, 0 gr. 30 de benzoate. Ne pas dépasser le degré de concentration pour les injections hypodermiques.

L'antipyrine facilite également sa dissolution.

Donne avec les acides des combinaisons cristallisées, mais instables et décomposées par l'eau froide.

Incompatibilité. — Avec le benzoate de soude et le salicylate de soude, en cachets (mélanges déliquescents).

Toxicité. — A doses voisines des doses thérapeutiques, détermine après un usage prolongé ou non de l'agitation, du tremblement, des vertiges, des palpitations, parfois du délire. Les enfants, les névropathes y sont particulièrement susceptibles.

Propriétés et indications thérapeutiques. — Indiquée dans tous les cas où le myocarde est faible, où le rein est insuffisant à sa tâche, où le système nerveux a besoin d'une stimulation énergique et rapide. Utilisée par conséquent dans les cardiopathies à la période ultime, dans les maladies infectieuses ou générales chroniques qui se compliquent d'asthénie cardiaque, d'anurie ou d'une adynamie extrême, dans le mal de Bright à la période d'uricémie.

Employée d'autre part, à petites doses, contre la migrainine et des névralgies diverses (la migranine est un mélange de citrate de caféine et d'antipiryne) : 0 gr. 50 à 1 gr.

Formes pharmaceutiques. Posologie. — Usage interne, 0 gr. 25. — 1 gr. 50 en cachets, pilules, potions, solutions. *Enfants* 0 gr. 10 par année d'âge.

Usage externe. Injections hypodermiques : 0 gr. 20 par injection, rendue soluble par le benzoate ou le salicylate de soude). *Enfants* 0 gr. 05 à 0 gr. 10 par injection.

L'injection hypodermique constitue le mode d'administration le plus sûr et le mieux toléré.

Formules.

Cachets :

Caféine	0 gr. 10
Poudre de noix vomique	0 gr. 05
Poudre de Kola	0 gr. 50

Pour un cachet, 2 par jour.

Antipyrine	9 grammes.
Caféine	0 gr. 90
Acide citrique	0 gr. 10

Pour 20 cachets, 1 toutes les heures jusqu'à 4 (migraines).

Antipyrine	0 gr. 50
Bromure de potassium	0 gr. 50
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 01
Caféine	0 gr. 02
Poudre de Paullinia Sorbilis	0 gr. 30

Pour 1 cachet (migraine, A. Robin).

Antipyrine	0 gr. 50
Bromhydrate de quinine	0 gr. 15
Caféine	0 gr. 05

Pour 1 cachet (migraine).

Pilules :

Caféine ..... } àà 0 gr. 10
Extraits de Kola ..... }

Pour une pilule, 2 à 5.

Potions :

Caféine ..... } àà 1 gr.
Benzoate de soude ..... }
Sirop de groseilles ..... 30 —
Eau distillée ..... 120 —

Une cuillerée à soupe toutes les heures.

Benzoate de soude ..... } àà 1 gr. 60
Caféine ..... }
Vanilline ..... 0 gr. 05
Sirop de tolu ..... 50 —
Rhum ..... 20 —
Eau ..... 100 —

Deux cuillérées à soupe par jour (Enfants, Levesti).

Caféine ..... 0 gr. 20
Teinture de Kola ..... 4 —
Sirop d'écorces d'oranges .. 30 —
Vin de Malaga ..... 60 —

Par cuillerée à café (Enfants, Debore et Gonnin).

Solutions pour injections hypodermiques :

Caféine ..... 2 gr. 50
Benzoate de soude ..... 3 grammes
Eau distillée et stérilisée
QS. pour 10 cc. (Codex)

0 gr. 25 de caféine par cc.

Caféine ..... 4 grammes
Salicylate de soude ..... 3 —
Eau distillée et stérilisée
QS. pour 10 cc. (Codex)

0 gr. 40 par cc.

Caféine ..... } àà 1 gramme
Benzoate de soude ..... }
Eau distillée et stérilisée
QS. pour 0 gr. 10 par cc.
à injecter chez les enfants.

Caféine (Bromhydrate de) :

$C^8 H^{10} Az^4 O^2H Br + 2 (H^2O)$. Cristaux tabulaires, altérables à l'air.

Caféine (Chlorhydrate de) :

$(^8H^{10} Az^4O\ ^2HCl + H^2O)$. Gros prismes incolores, altérables à l'eau.

Caféine (Citrate de) :

Sel très peu stable, dissocié par l'eau froide.

FORMULES.

Potions :

Sirop simple ..... } àà 25 grammes
Eau distillée ..... }
Rhum ..... 10. —
Citrate de caféine ... 1 —

0 gr. 05 par cuillerée à café.
Enfants, Marfan).

Solution pour injections hypodermiques :

Eau stérilisée ..... 30 grammes
Chlorure de sodium. 2 gr. 10
Citrate de caféine .... 0 gr. 75

Injecter 10 à 20 grammes à la fois, 2 ou 3 fois par jour.
(Choléra infantile, Marfan).

Caféine (valérianatide) :

0 gr. 20 — 0 gr. 50. Préconisé contre la coqueluche.

FORMULES.

Sirop :

Valérianate de caféine. 1 gr. 50
Sirop de café ..... 250 grammes
(Comby).

Chez les nourrissons, 3 cuillerées à café ; de 2 à 5 ans, 3 cuillerées à dessert ; de 5 à 10 ans, 3 cuillerées à soupe.

G. LYON.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Académie de médecine. — M. GALIPPE a été élu, au premier tour de scrutin, membre de l'Académie, dans la section des académiciens libres, contre MM. Hanry, Voisin et Commenge.

Association internationale de la Presse Médicale. — La réunion des Délégués de l'*Association internationale de la Presse Médicale* aura lieu le 7 avril, à Monte-Carlo, sous les auspices de S. A. S. le Prince de Monaco. Cette réunion devait avoir lieu immédiatement avant le 2e Congrès international de la Presse Médicale, fixé au mois de septembre 1901, puis remis à 1902. Pour faciliter les travaux du Congrès, cette réunion a donc été avancée de quelques mois.

Elle se composera de délégués nationaux, désignés dans chaque pays par les Associations de Presse Médicale existantes. Ceux-ci arrêteront, à Monte-Carlo, le texte des statuts de l'*Association internationale de la Presse Médicale* et de la convention réglant le respect de la propriété littéraire dans les publications scientifiques.

A Monte-Carlo sera également discuté un projet de création d'un Bureau international permanent, organisé à l'image des Agences d'informations politiques, et recevant les résumés des travaux médicaux du monde entier (résumés rédigés par les auteurs) pour les répartir entre tous les journaux faisant partie de l'Association internationale.

Trouvaille d'autopsie. — A la séance du 17 décembre 1901 de la *Société médicale de Greifswald*, Grawitz a présenté une compresse de la grandeur d'un mouchoir moyen, trouvée dans l'intestin grêle d'une femme de 42 ans. La compresse était pliée très exactement et on ne disposait d'aucun renseignement concernant la façon dont elle était parvenue dans le tube digestif.

L'autopsie ayant démontré l'existence d'une péritonite chronique, et le sujet ayant subi 2 ans auparavant une laparotomie pour myome utérin, Grawitz suppose que la compresse a été oubliée à ce moment dans la cavité péritonéale et est parvenue peu à peu, en perforant la paroi intestinale, dans l'intérieur du tube digestif.

BIBLIOGRAPHIE

L'Embryologie en quelques leçons, par Ch. Debierré, professeur à la Faculté de médecine de Lille, 1 vol. in-8° avec 144 figures, 4 francs, (Félix Alcan, éditeur).

En deux cents pages, M. Debierré expose avec simplicité, clarté et précision les importants problèmes de l'embryologie. Cette étude est le complément indispensable de l'anatomie, car si l'organisation de l'homme est utile à connaître, le *comment* et le *pourquoi* de cette organisation et l'histoire de son développement ne sont pas moins intéressants et nécessaires à toute bonne éducation scientifique. Ce livre sera particulièrement utile aux étudiants en médecine, pour lequel il sera la véritable introduction à l'étude de la Biologie ; il intéressera également les médecins auxquels il remémorera sous une forme concise l'étude de questions qu'il ne doit pas perdre de vue et dont les progrès, dans ces dernières années ont été si importants.

Les aliénés dans les prisons (*aliénés méconnus et condamnés*), par M. F. Pactet, Médecin en chef de l'Asile de Villejuif, et M. Colin Henri, Médecin en chef des Asiles de la Seine et de l'Asile d'aliénés criminels de Gaillon. — (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*) Petit in-8 : Broché, 2 fr. 50. Cartonné toile anglaise, 3 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, Boulevard Saint-Germain, Paris.

Cet ouvrage fait suite au travail des mêmes auteurs sur *Les Aliénés devant la Justice* (aliénés méconnus et condamnés) dont il constitue le complément indispensable.

Après avoir examiné, dans *Les Aliénés devant la Justice*, les différents crimes et délits que peuvent commettre les aliénés et les conditions diverses dans lesquelles des individus nettement irresponsables ont pu être frappés par la Justice, MM. Pactet et Colin suivent les malades dans les prisons où ils ont été envoyés.

Laissant de côté les épileptiques, les hystériques, les fous moraux, les individus placés sur la frontière du crime et de la folie, ce qui, à la grande rigueur, expliquerait la sévérité des tribunaux à leur égard, faisant abstraction également des criminels à condamnations multiples devenus aliénés, les auteurs s'attachent exclusivement aux malades délirants dont l'acte délictueux, sous la dépendance immédiate de l'affection mentale, a été la cause de leur première et unique condamnation.

Ces malades sont en nombre considérable dans les prisons, les colonies pénitentiaires de jeunes détenus et les lieux de détention militaire. MM. Pactet et Colin recherchent les causes de cet état de choses, examinent la façon dont se fait dans les prisons le contrôle médical de l'état mental des détenus. Ils citent à l'appui de ce qu'ils avancent un grand nombre d'observations cliniques.

Nlle Imprimerie E. Lasnier dir., 35-37, rue St-Lazare. Paris — *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Prix de l'Académie de Médecine à décerner en 1902 (*suite*).

Prix Henri Buignet. — 15.000 francs.

A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Le prix ne sera pas partagé ; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1.500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3.000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1.500 francs chacun.

Prix Adrien Buisson. — 10.500 francs (Triennal).

A l'auteur des meilleures découvertes des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Campbell Dupierris. — 2.300 francs (Biennal).

Au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

Prix Capuron. — 1.000 francs.

Questions « Des applications de la radiographie à l'obstétrique »

Prix Chevillon. — 1.500 francs.

A l'auteur du meilleur travail sur le traitement des maladies cancéreuses

Prix Civrieux. — 800 francs.

Question : « Du rôle de la syphilis dans les maladies de l'encéphale ».

Prix Clarens. — 400 fr.

A l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

Prix Daudet. — 1.000 fr.

Question : « Traitement chirurgical des néoplasmes du gros intestin à l'exception du rectum ».

Prix Desportes. — 1.300 fr.

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique et sur l'histoire naturelle pratique et thérapeutique.

Prix Falret. — 700 fr. (Biennal).

Question : « La neurasthénie. Pathogénie et traitement. »

Prix Ernest Godard. — 1.000 fr.

Au meilleur travail sur la pathogénie interne.

Prix Pierre Guzmann. — Un titre de rente de 1.328 fr.

A celui qui trouvera un traitement réellement efficace dans les formes les plus communes des maladies organiques du cœur confirmées.

En attendant qu'on vienne à trouver s'il se peut un traitement qui guérissent la plupart de ces maladies, cette rente sera décernée, chaque année, au travail théorique ou pratique le meilleur sur l'une ou l'autre de ces maladies.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3.000 fr.

A l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Huguier. — 3.000 fr. (Triennal).

A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, en France, sur les maladies des femmes et plus spécialement sur le traitemont chirurgical de ces affections (non compris les accouchements).

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Ce prix ne sera pas partagé.

Prix Jacquemier. — 1.700 fr. (Triennal).

A l'auteur du travail sur un sujet d'obstétrique qui aurait réalisé un progrès important.

Les travaux devront avoir au moins six mois de publication avant l'ouverture du concours.

Prix Laborie. — 5.000 fr.

A l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix du baron Larrey. — 500 fr.

Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera attribué à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

Prix Laval. — 100 fr.

Décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Henri Lorquet. — 300 fr.

A l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Louis. — 3.000 fr. (Triennal).

Question : « Sérothérapie de la fièvre typhoïde ».

Prix Mège. — 900 fr. (Triennal).

A l'auteur du meilleur travail sur un sujet : 1° de physiologie expérimentale ; 2° d'anatomie pathologique, et ensuite à la volonté de l'Académie.

Question : « Etiologie et pathogénie de l'artério-sclérose ».

(A suivre.)

FELIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (5e)

MANUEL D'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Par **V. CORNIL**
Professeur à la Faculté de médecine, Membre de l'Académie de médecine, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

L. RANVIER
Professeur au Collège de France, Membre de l'Institut Membre de l'Académie de médecine

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

A. BRAULT
Médecin de l'hôpital Lariboisière, Chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine.

M. LETULLE
Professeur agrégé à la Faculté de médecine, Médecin de l'hôpital Boucicaut.

TOME PREMIER

L. Ranvier. GÉNÉRALITÉS SUR L'HISTOLOGIE NORMALE. CELLULES ET TISSUS NORMAUX. — V. Cornil. GÉNÉRALITÉS SUR L'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE. ALTÉRATION DES CELLULES ET DES TISSUS. DES INFLAMMATIONS. — A. Brault. DES TUMEURS. — F. Bezançon. NOTIONS ÉLÉMENTAIRES SUR LES BACTÉRIES. — Maurice Caain. LÉSIONS DES OS. LÉSIONS DU TISSU CARTILAGINEUX. ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES ARTICULATIONS. — V. Cornil. DES ALTÉRATIONS DU TISSU CONJONCTIF. LÉSIONS DES MEMBRANES SÉREUSES.

1 vol. in-8 avec 369 gravures, en noir et en couleurs, dans le texte..... **25 fr.**

L'ouvrage complet comprendra 4 volumes

LA PROFESSION MÉDICALE, ses devoirs, ses droits, par **G. MORACHE**, Professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bordeaux, Membre correspondant de l'Académie de médecine. 1 vol. in-12, cartonné à l'anglaise..... **4 fr.**

Traité Médico-Chirurgical de Gynécologie

par les Drs **LABADIE-LAGRAVE** et **LEGUEU**

Volume grand in-8°, avec 323 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise, 2e édition..... **25 fr.**

Ouvrage couronné par l'Académie des Sciences et l'Académie de Médecine

CHIRURGIE DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES, Traumatisme du foie et des voies biliaires. — Foie mobile. — Tumeurs du foie et des voies biliaires, par **F. TERRIER**, professeur à la Faculté de Médecine de Paris et **M. AUVRAY**, chirurgien des hôpitaux de Paris. 1 volume grand in-8° avec 50 figures..... **10 fr.**

TRAVAUX ORIGINAUX

LE THERMOPLASME ÉLECTRIQUE

par M. le Dr Larat

L'application de la chaleur à la thérapeutique est aussi ancienne que l'art de guérir. Et cependant, quoi de plus incertain, de moins constant comme degré thermique, de moins réglé, en un mot, que les innombrables procédés destinés à utiliser cet agent physique ? De notables progrès ont été toutefois accomplis dans ce sens durant ces dix dernières années. Les méthodes de Tallerman, de Kellog, de Dowsing, les couvertures électriques usitées en Allemagne, etc., nous offrent des sources de chaleur, gaz ou électricité lumineuse, dont on peut assez aisément régler le degré de température. On possède donc, actuellement, grâce à ces différents dispositifs, le moyen d'utiliser scientifiquement la chaleur ou la lumière, ou les deux combinées, à la condition de ne demander à ces appareils qu'une action momentanée et générale. La quantité de calorique fourni par ces méthodes est toujours considérable, en effet, et, même dans les conditions d'une application locale, l'organisme tout entier participe à la réaction et une sudation générale plus ou moins accentuée est la caractéristique de ces traitements.

J'ai cherché, au contraire, à créer une source thermogène à très faible débit, de façon à limiter autant que possible le rayonnement et à permettre des applications locales, sans que le reste de l'organisme y participe le moins du monde.

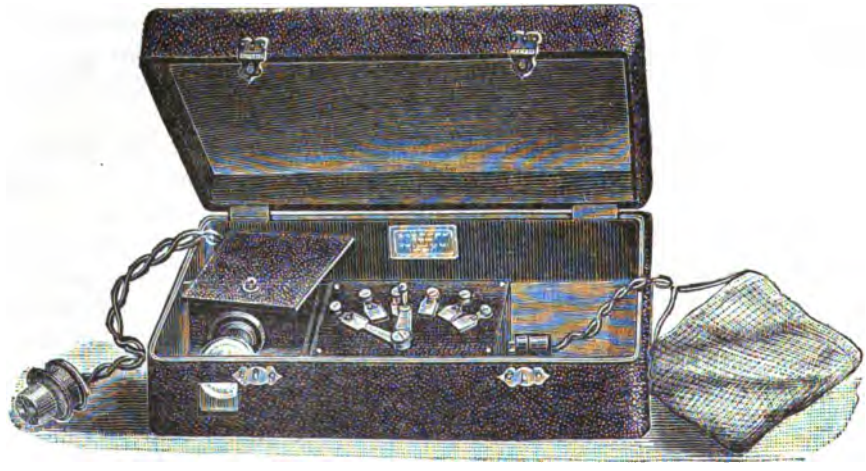
On conçoit immédiatement les avantages d'une telle conception, qui nous permet de prolonger indéfiniment, sans fatigue, les applications calorifiques. J'ai réalisé, dans ce but, un apparqil auquel j'ai donné le nom de *thermoplasme électrique*, et qui permet d'appliquer *loco dolenti* une compresse chauffante, pendant un temps indéfini, avec la possibilité de régler mathématiquement le degré thermique qui, une fois choisi et obtenu, demeure constant. Cet appareil, que M. Ch. Monod a bien voulu présenter à l'Académie de Médecine et que j'ai moi-même montré à mes collègues de la Société de Thérapeutique, est d'un maniement extrêmement simple, si bien qu'on peut le mettre entre les mains les plus inhabiles sans le moindre danger ou inconvénient.

Nous voilà loin, grâce à l'électricité, des cataplasmes, des compresses chaudes, des sacs d'eau ou de sable et même du termophore à l'acétate de soude, le dernier venu. Tous ces procédés de calorification locale ont le même inconvénient : leur degré thermique va constamment en s'abaissant à partir du moment de leur application et, à moins de les renouveler fréquemment, ce à quoi on ne se résout pas dans la pratique, on conçoit que leur action réellement efficace ne dure qu'un temps bien limité et, même dans les cas rares où on s'astreint à les réchauffer avant qu'ils aient perdu toutes leurs calories

disponibles, ils ne réalisent jamais la constance de température que le raisonnement le plus simple indique comme éminemment favorable dans la plupart des cas. Une exception doit être faite en faveur du dispositif imaginé en 1896, par notre confrère, le Dr Depierris, de Cauterets, qui a cherché, au moyen d'une circulation d'eau, à obtenir une température locale constante. Cet appareil n'est pas entré dans la pratique en raison vraisemblablement des difficultés de son installation qui nécessite une petite chaudière, un serpentin, un mélangeur, etc.

Il ne peut donc, au point de vue pratique, être comparé à notre thermoplasme, qui est un appareil à température réglable à volonté et, cette température *optima* obtenue, la conservant indéfiniment au moyen d'une consommation d'électricité faible. Si j'ajoute que ma compresse est souple, peut se mouler sur toutes les parties du corps et adopter toutes les formes, très légère, facile à aseptiser, de construction robuste et de durée très longue, j'aurai fait toucher du doigt les avantages multiples de ce nouvel appareil. Avec lui, on peut également atteindre très progressivement des températures notablement plus élevées qu'au moyen des autres procédés usuels d'applications locales. Lorsque, en effet, un corps dont le degré thermique est sensiblement supérieur à celui du tégument vient au contact de ce dernier, il se produit une sorte de réaction de défense de l'organisme et une température qui serait volontiers acceptée si elle était obtenue graduellement, paraît, de prime abord, intolérable.

Enfin, l'élément chauffant étant élémentairement constitué par une série de solénoïdes, l'organisme, quoique soustrait à toute action électrique directe, n'en reste pas moins soumis aux lois de l'induction et il n'est pas invraisemblable d'admettre qu'une action inductive sur les courants propres de l'organisme vient s'ajouter à l'action calorifique proprement dite.



Le thermoplasme, comme on le voit d'après la figure ci-contre, comporte une compresse chauffante et un régulateur thermique, le tout contenu dans une boîte de petite dimension, aisément transportable.

L'élément chauffant, proprement dit, est formé de lames de mica autour desquelles se trouve enroulé un fil métallique de résistance calculée ; les lames sont reliées entre elles par un fil souple isolé et protégées par une enveloppe de toile d'amiante et un sachet de molleton et de soie, ces enveloppes multiples ayant pour objet de répartir uniformément la chaleur sur toute la surface de la compresse et d'éviter son refroidissement.

Cette dernière peut être confectionnée dans toutes les formes : chaussons, genouillères ceintures, bandes, etc. J'ai fait, en outre, construire de petits ovules métalliques qui, placés en série avec la compresse, permettent de porter la chaleur graduée dans les cavités : vagin, rectum, etc. Un fil conducteur souple relie l'élément chauffant au régulateur thermique ; ce dernier est mis en rapport avec la prise de courant d'une lampe à incandescence ; le courant, avant d'arriver au régulateur, traverse une très petite lampe à incandescence qui est visible au travers d'une petite fenêtre ronde placée sur un des côtés de la boîte ; elle s'allume lorsque le courant commence à passer et augmente de clarté à proportion de la chaleur développée dans la compresse.

Des notions générales que nous venons d'exposer, il ressort que le thermoplasme peut être employé soit isolément, dans le cas où l'on veut produire de la chaleur sèche, soit concurremment avec un topique humide quelconque lorsque l'on recherche un effet émollient.

Dans ce cas, il intervient pour éviter le refroidissement de ces topiques qu'il maintient à une température constante. Pour la chaleur sèche, la compresse peut être appliquée directement sur la peau, ou séparée du tégument par un tissu quelconque, ouate, flanelle, gaze stérilisée, etc.

Si l'on désire s'en servir comme d'une sorte de réchaud d'un topique humide, il suffit d'interposer entre ce dernier et la compresse un tissu imperméable, toile gommée, caoutchouc laminé, toile cirée, etc., après avoir eu le soin d'enlever le sachet extérieur de façon à utiliser la compresse réduite à son enveloppe d'amiante.

La prise de courant étant adaptée, la manette du régulateur est poussée jusqu'au bouton n° 5. La petite lampe témoin fournit alors son maximum de clarté.

Au bout de deux à trois minutes, on perçoit une chaleur assez forte. On ramène alors la manette sur le bouton correspondant à la température désirée.

Le bouton N° 1 donne.....	40°	centigrades
— N° 2.....	60°	—
— N° 3.....	80°	—
— N° 4.....	90°	—
— N° 5.....	100°	—

Ces températures sont celles qu'indique un thermomètre appliqué sur la compresse, le tout protégé par une couverture de laine pliée en plusieurs doubles. A l'air libre, les températures sont notablement inférieures.

Dans les conditions d'application pratique, c'est-à-dire la compresse étant appliquée sur le corps et maintenue par une bande, l'expérimentateur se trouvant au lit, le thermomètre indique environ :

Bouton N° 1.....	40°	centigrades
— N° 2.....	50°	—
— N° 3.....	60°	—
— N° 4.....	80°	—
— N° 5.....	90°	—

Nous avons donc, en fait, des variations thermiques de dix en dix degrés, ce qui pourrait être un inconvénient. Mais rien n'est plus facile que d'obtenir une progression de température sans le moindre à-coup. Une ou plusieurs épaisseurs d'ouate ou de flanelle interposées entre la compresse et la peau nous permettent d'avoir à volonté 50°, 51°, 52°, etc. Le débit calorifique du thermoplasme étant très faible, son pouvoir chauffant diminue rapidement à mesure que la distance qui le sépare du tégument

devient plus grande, et c'est là précicément le but que nous avions cherché à atteindre. Au bout d'un quart d'heure environ la constance de la température est obtenue et elle persiste indéfiniment pendant toute la durée du passage du courant.

Toutes ces applications peuvent être faites de jour, le patient assis commodément dans un fauteuil, à portée d'une prise de courant ou, de préférence, pendant la nuit. Au lit, on peut s'endormir avec l'appareil, qui ne gêne en rien les mouvements, ni le sommeil, le fil conducteur souple pouvant se prêter à toutes les positions et on se réveille sans que la température ait varié d'un degré.

La consommation de notre appareil est très faible.

L'intensité du courant est :

Bouton	N° 1	2	dixièmes d'ampère
—	N° 2	2.5	—
—	N° 3	3	—
—	N° 4	3.5	—
—	N° 5	4	—

Soit en watts sur 110 volts :

Bouton	N° 1	22	watts
—	N° 2	28	—
—	N° 3	33	—
—	N° 4	38	—
—	N° 5	44	—

Ce qui correspond à une dépense qui varie, par heure, entre trois et sept centimes, l'hectowatt-heure calculé sur le prix de quinze centimes, tarif maximum des secteurs d'éclairage électrique.

Quant aux indications thérapeutiques elles sont, naturellement, aussi nombreuses que variées. La chaleur humide ou sèche soulage bien des douleurs, amortit bien des inflammations, et paraît être un moyen de premier ordre pour exalter les moyens de défense de l'organisme contre l'infection ou la souffrance.

Du reste, notre appareil fonctionne actuellement dans plusieurs hôpitaux et nous ne tarderons pas à être fixés sur sa valeur thérapeutique.

Je terminerai ce rapide exposé de mon appareil en faisant remarquer que rien n'est plus facile que de relier au régulateur thermique plusieurs compresses et que, simultanément, la chaleur peut être ainsi appliquée sur plusieurs points du corps à la fois.

Tels sont les avantages du thermoplasme, dont le seul inconvénient est de ne pouvoir fonctionner économiquement que là où se trouve le courant des secteurs d'éclairage. Il peut, naturellement, être actionné également par des piles ou des accumulateurs, mais, dans ce cas, la dépense de consommation est bien plus élevée.

J. Larat.

Sur un traitement spécifique très puissant des fièvres paludéennes,

(L'arrhénal)

par le Pr Armand Gautier.

Au moment où l'Europe envoie ses colons peupler les continents africain et asiatique, dans des pays souvent couverts de forêts et de marécages, où le blanc est exposé aux coups de l'impaludisme et autres maladies fébriles, la découverte d'un spécifique aussi puissant ou plus puissant que la quinine, quelquefois insuffisante pour arrêter la fièvre dans ses états les plus graves ou les plus tenaces, serait évidemment un bienfait.

Tout le monde sait depuis longtemps que l'arsenic a été préconisé dans le traitement de la cachexie malarique. Même avant le quinquina, il y a trois siècles, Melchior Friccius le recommandait déjà comme le meilleur des remèdes alors connus (1). En 1786, Fowler publiait les succès de sa liqueur antifébrifuge. Au XIXe siècle, Fodéré, Lordat et surtout Boudin (1842) et Sistach prônèrent de nouveau le traitement de Friccius et de Fowler dans le paludisme. Mais la médication par l'acide arsénieux a toujours revêtu un tel caractère d'incertitude dans ses effets, et de danger pour le malade, que ce médicament ne put jamais supplanter la quinine. Le principal promoteur de cette médication, Boudin, remarque d'ailleurs que *le degré d'efficacité des préparations arsenicales est subordonné d'une manière manifeste à la constitution médicale régnante*, en un mot que les effets de ces préparations sont variables et incertains.

Aussi voyons-nous notre collègue Léon Colin, dans son *Traité des fièvres intermittentes*, publié en 1870, se montrer très réservé sur l'emploi de l'arsenic, qu'il conseille seulement dans les cas de fièvres bénignes, qui ne réclament aucune précipitation thérapeutique, et qu'il recommande surtout comme un *reconstituant dans les cachexies palustres* (2).

Dix-neuf ans après, dans leur savant ouvrage sur *les maladies des pays chauds* (1899), MM. Kelsch et Kiener consacrent une demi-page à peine à la médication arsenicale *qu'ils réservent au traitement de l'anémie consécutive, à l'intoxication palustre chronique* (3).

Enfin, M. Laveran, dans son traité *Du paludisme* paru en 1898, écrit que *les effets reconstituants* de l'arsenic administré à petite dose et longtemps, sont hors de doute, *mais que son action fébrifuge est très contestable*, et qu'aucun médecin consciencieux ne voudrait faire l'essai du traitement de Boudin dans les formes graves du paludisme (4).

(1) Il dit : *Experientia nos docebit arsenicum in febribus intermitentibus adhibitum, omnes eas dotes possidere quibus optima remedia prædida esse debent.*

(2) L. Collin. *Traité des fièvres intermittentes*, p. 395 et 459, Paris, 1870.

(3) *Traité des maladies des pays chauds* Paris, 1889, p. 387.

(4) A. Laveran. *Traité du paludisme*, Paris, 1898, p. 387.

Ainsi, depuis le XVIIIe siècle, l'idée que l'arsenic pouvait, en dehors de son action tonique et reconstituante, avoir une vertu fébrifuge propre, avait peu à peu perdu toute faveur, et si on le donnait encore aux paludéens, c'était toujours accompagné ou précédé de la quinine.

Lorsqu'en 1898 je découvris les effets thérapeutiques généraux des cocodylates, je me rappelai cette tradition médicale, et j'essayai, à mon tour, d'appliquer l'arsenic, sous sa nouvelle forme, au traitement de la cachexie consécutive à la malaria. Dans ma première communication à l'Académie de Médecine, j'annonçais (1) que j'avais pu guérir des suites d'un impaludisme invétéré deux malades ayant contracté les fièvres l'un en Chine, en 1861, l'autre au bord des marais de la Méditerranée, tous les deux très anémiés, et repris de temps en temps d'accès larvés reparaissant à longues échéances. Depuis, M. le médecin-major A. Billet et M. Simonesco ont à leur tour prôné au même point de vue les effets de ces cacodylates qu'ils considèrent comme de *bons agents réparateurs dans la cachexie consécutive à la malaria* (2). Mais la pensée que l'arsenic, même sous cette forme nouvelle, pût devenir un véritable spécifique de la fièvre intermittente, un succédané de la quinine, bon à administrer dans les cas aigus ou pernicieux, ne venait à personne, tant l'opinion de la spécificité exclusive des sels de quinine dans l'impaludisme, de leur nécessité presque absolue, paraissait établie sur des preuves définitives et sans nombre.

Pour moi, même après mes premiers essais de traitement *des suites de la malaria* (1898), j'ai passé près de deux ans à me faire à l'idée qu'on pourrait peut-être remplacer la quinine par les cacodylates ou tout autre combinaison organique où l'arsenic aurait perdu sa toxicité tout en conservant sa puissance médicatrice.

Il était à prévoir, en effet, que les cacodylates ne seraient pas les seuls composés d'arsenic contenant cet élément à l'état latent, inoffensif, facilement assimilable. En particulier, il semblait naturel de penser que le méthylarsinate disodique $AsCH^3O^3Na^2$, corps déjà connu, de composition et de constitution analogue au diméthylarsinate sodique, ou cacodylate, présenterait des propriétés physiologiques analogues à celles de ces derniers sels. Avec mon préparateur actuel, M. Mouneyrat, nous avons observé qu'en effet le méthylarsinate disodique était presque dénué de toxicité (3), et, poursuivant l'étude de cette question au point de vue chimique, nous avons obtenu un certain nombre d'autres corps nouveaux où l'arsenic est uni à divers corps radicaux organiques, et qui feront le sujet d'une publication ultérieure.

Le plus simple de tous, le méthylarsinate disodique $AsCH^3O^3Na^2$, fait plus particulièrement l'objet du présent travail. Sachant, comme je viens de le dire, qu'il était presque inoffensif pour les animaux, je l'ai essayé d'abord sur moi-même en injections hypodermiques et par la bouche, puis sur divers malades, et j'en ai fait connaître l'activité thérapeutique à quelques-uns de mes collègues et amis, médecins des hôpitaux de Paris ou de province, qui ont bien voulu se joindre à moi pour l'expérimenter amplement. Il leur avait été fourni sous les noms de *Nouveau cacodylate, sel arsenical B*,

(1) *Bull. Acad. Méd.*, 1899, 3e série, t. XLI, p. 610 (Note).

(2) Voir A. Billet. Congrès international de médecine, Août 1900, et *Le Paludisme. Contribution à l'étude de la fièvre intermittente quarte.* — *Bull. médical de l'Algérie*, Juillet et Août 1901.

(3) On a injecté un demi-gramme à la fois par la voie hypodermique à un chien de 15 kilogrammes qui n'en a pas paru incommodé. Mélangé à de la chapelure, 6 souris blanches ne sont mortes qu'après en avoir mangé 56 grammes par kilogramme de leur poids.

arrhénal (1), nom qu'on peut adopter pour l'usage courant, parce qu'il permet de simplifier le langage, et d'éviter les ambiguités.

Ce sel est doué de propriétés médicamenteuses générales très remarquables, qui feront l'objet d'une prochaine communication à l'Académie. Pour aujourd'hui, je veux faire connaître seulement l'action du méthylarsinate disodique dans le traitement des fièvres paludéennes.

Sur le conseil de notre savant collègue M. Laveran, que j'avais entretenu de mes projets, j'ai envoyé, sous le nom de *Sel arsenical B*, une petite provision de méthylarsinate à M. A. Billet, médecin-major à l'hôpital militaire de Constantine, docteur ès-sciences, dont les habitudes de précision scientifique et la haute compétence en tout ce qui touche au paludisme, et en particulier à la connaissance de ses hématozoaires, me donnaient toute garantie. Pratiquant dans un pays où les fièvres intermittentes règnent endémiquement et souvent sous des formes très graves, M. Billet était particulièrement bien placé pour suivre ces études. Il accepta d'autant mieux de m'aider dans ces recherches qu'il était chargé d'une enquête sur la nécessité d'introduire les cacodylates dans les hôpitaux de l'armée, et que je lui avais fait connaître l'analogie de composition et de propriétés physiologiques et thérapeutiques du *Sel arsenical B*, que je lui envoyais, et des cacodylates.

Vu la gravité des affections paludéennes d'Afrique, et quoique l'arrhénal puisse être donné sans aucun inconvénient par la bouche, il fut convenu que ce sel serait administré aux malades à la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 en injections hypodermiques, qui sont très bien supportées, non douloureuses, et qui nous assuraient, chose très importante dans ce cas, une rapide et complète absorption du médicament.

Les résultats observés ont dépassé mes espérances. *Les neuf malades ainsi traités, et qui tous étaient restés réfractaires à l'action des sels de quinine à haute dose, furent rapidement guéris* ; chez quelques-uns seulement il se produisit de légères rechutes, mais la maladie céda à de plus fortes doses du médicament.

On remarquera qu'il s'agit ici de fièvres paludéennes contractées et soignées dans le milieu africain, qui leur imprime généralement un caractère particulier de gravité et que tous les malades, traités jusque-là à la quinine, étaient en pleine période de retour d'accès fréquents et graves.

Voici quelques-unes de ces observations (2) :

Observation I. — Leut... a été atteint d'une première attaque de paludisme le 14 octobre 1901. D'abord quotidiens, les accès prirent, à partir du 20, le type tierce, avec paroxysmes arrivant à $t = 40°8$. Malgré l'emploi de la quinine à fortes doses (1 gr. 50) les rechutes se produisaient tous les huit jours environ. Nouvel accès, moins violent, le 16 janvier dernier, avec température de 38°6 ; il dure de 10 heures du matin à 6 heures du soir. A l'examen du sang, les hématozoaires de Laveran se présentent sous leur forme la plus petite. Ils sont peu nombreux. Le malade est très anémié.

Le 17 janvier, lendemain du dernier accès, à 9 heures du matin, en apyrexie, on fait une seule injection de 0 gr. 05 de sel arsenical ; 24 heures après, un examen microscopique minutieux permet de constater la disparition complète des hématozoaires spécifiques. La guérison s'est maintenue depuis.

(1) Du grec ἄρσην : mâle, vigoureux, forme archaïque de ἄῤῥην.

(2) Je supprime celle du dernier malade Soul... qui est encore en traitement.

Observation II. — Dub... Première atteinte de paludisme le 10 septembre 1901. Accès très violents, quotidiens au début. Ils ne cèdent momentanément que par l'administration de 1 et 2 grammes de sulfate de quinine. Ils reviennent encore les 14 et 16 janvier. Température maximum, 39°4. Le 17 janvier, à 9 heures du matin, on injecte 0 gr. 05 d'arrhénal. Le 18, tous les hématozoaires (grosses amibes pigmentées) ont disparu. Une seule injection a suffi. Apyrexie complète depuis lors.

Observation III. — Geof... est atteint de paludisme depuis le 11 septembre dernier. Type tierce à rechutes fréquentes. La fièvre, très violente, monte à 40°8. Les hautes doses de quinine diminuent la force des accès, mais ne les suppriment pas ; ils reparaissent tous les huit jours environ. Dernier accès le 16 janvier ; température maximum, 38°2. Hématozoaires de petite forme assez nombreux, 4 à 5 par champ du microscope. Cachexie très marquée. Le lendemain du dernier accès, à 9 heures du matin, on fait une injection de 0 gr. 05 du sel arsenical, 24 heures après, le sang est examiné ; les hématozoaires ont presque tous disparu, mais ils réapparaissent en assez grand nombre le 19, sans toutefois donner d'accès. On pratique alors une deuxième injection de 0 gr. 05 d'arrhénal. Le lendemain on constate la disparition complète des hématozoaires spécifiques. La guérison s'est maintenue depuis.

Observation IV. — Soul... Ce malade a eu sa première atteinte de paludisme le 1er octobre 1901. Les accès sont quotidiens, assez violents ; les températures dépassent souvent 40 degrés. Malgré la quinine à haute dose, les rechutes sont fréquentes. La cachexie est très accusée. Un accès très violent se produit encore le 13 janvier. Il dure toute la journée. Maximum de température, 39°6. Les hématozoaires apparaissent dans le sang, nombreux et de petite forme.

Première injection de 0 gr. 05 de sel arsenical le 19 au matin. Disparition graduelle des hématozoaires constatée le 19, puis le 20 janvier. Deuxième injection de 0 gr. 05 le 21 à 9 heures. Disparition complète des hématozoaires. Guérison confirmée depuis.

Observation V. — Argill... Première attaque de paludisme le 14 juillet 1901. *Accès quotidiens* violents arrivant à 40 degrés, résistant aux fortes doses de quinine. Rechutes fréquentes en octobre, novembre, décembre et janvier, toujours du type quotidien. Nouvel accès le 22 janvier, qui dure de 5 heures du soir au lendemain 9 heures du soir ; température 39°8. Hématozoaire de petite forme, avec croissants assez nombreux. Cachexie avancée. Première injection de 0 gr. 05 d'arrhénal le 23, à 9 heures du matin, en plein accès. Deuxième injection le 24. Troisième le 25. Ces deux dernières injections de 75 milligrammes. A ce moment la disparition des hématozoaires semble complète. L'apyrexie se prolonge jusqu'au 28. Mais il y a un accès de force moyenne ce jour-là. On donne 50 milligrammes de sel arsenical le 29, et 75 le 30 *par la voie gastrique*. Apyrexie depuis le 28 janvier.

Ici la fièvre a été plus tenace. Remarquons qu'elle était très violente et à type quotidien, type le plus réfractaire, comme on le sait, à l'action de la quinine.

Observation VI. — Enim... Premier accès de paludisme le 15 septembre 1901. Accès tierces dès le début, *à allures pernicieuses*, faisant monter la température à 40°8. On essaye en vain de les arrêter avec le sulfate de quinine à la dose de 1 gr. 50 par vingt-quatre heures. Rechutes graves et fréquentes en novembre, décembre 1901 et jan-

vier 1902. Cachexie avancée. Le dernier accès précédant le traitement arsenical a lieu le 18 janvier, température maximum 39°7. Hématozoaires nombreux.

Première injection de 0 gr. 05 d'arrhénal le 19 au matin en apyrexie. La dose est insuffisante ou trop tardivement appliquée, car l'accès revient dans la soirée du même jour et dure jusqu'au 20 au soir, avec une légère rémission dans la matinée. Seconde injection le 21, à 9 heures du matin, en apyrexie. A cette date, on retrouve encore quelques hématozoaires dans le sang. Léger accès le soir du 21. D'où, nouvelle injection de 0 gr. 05 les 22, 23 et 24. A partir du 21 on assiste à la disparition graduelle des hématozoaires. Elle est complète le 23. Apyrexie à partir du 22. Guérison confirmée depuis.

Observation VII. — Roch... Ce malade a été atteint pour la première fois d'impaludisme le 30 septembre 1901. *Les accès sont quotidiens et très violents, à caractères pernicieux de forme typhique.* Ils sont subintrants et durent en général toute la journée avec de courtes rémissions le matin ; température maximum, 40°9. Rechutes nombreuses jusqu'au 16 janvier, malgré de très fortes doses de sulfate de quinine.

A ce moment, la cachexie est profonde, les hématozoaires du sang sont très abondants, de petite forme, avec croissants.

Première injection de méthylarrhénal le 17 janvier, à 9 heures du matin, deuxième le 19, à 10 heures du matin, en apyrexie. Nouvel accès le 20, dans la soirée ; température maximum 39°2. Troisième injection de 0 gr. 05 de sel arsenical le 21 janvier. Nouvel accès les 21 et 22 ; d'où quatrième injection de 0 gr. 05 ce jour-là. Tous les hématozoaires ont depuis disparu. Apyrexie complète à partir du 22 janvier.

Ainsi, malgré l'emploi de doses un peu trop faibles de médicament, ce qui constituait une bonne règle de prudence dans les premiers essais, tous ces malades, même ceux à accès quotidiens et à caractères pernicieux, ont été guéris en une, deux, très rarement plus de trois injections, répétition qui n'eût probablement pas été nécessaire si le sel arsenical eût été donné aux doses très bien supportées de 10 et même de 15 centigr. qui seront peut-être nécessaires dans les cas les plus graves, et qu'il faudra renouveler, par prudence, quelques jours après.

On a dit plus haut que chez aucun de ces malades la quinine précédemment employée à doses élevées n'avait pu assurer la guérison et faire disparaître entièrement les hématozoaires. La médication arrhénique semble donc, au point de vue de sa spécificité et de son efficacité, plus puissante que la médication par la quinine elle-même.

Elle a sur elle d'autres avantages encore.

Contrairement à ce qui se passe quand on recourt aux préparations de quinine, l'estomac, au lieu de se délabrer de plus en plus, grâce à l'action répétée de ces sels à hautes doses, prend une vigueur remarquable. Dès le lendemain de leur dernier accès, les malades traités par le sel arsénical demandent à manger. L'état saburral de la langue n'existe plus ; les forces renaissent rapidement avec l'appétit.

Enfin, et c'est aussi un avantage considérable, la déglobulisation du sang qui, chez les paludéens, augmente à chaque accès et se poursuit encore sous l'action des fortes doses de sels de quinine, non seulement s'arrête lorsqu'on emploie la médication arrhénique, mais est remplacée par une reproduction rapide des hématies. *En un mot, l'arsenic donné sous cette forme supprime entièrement et d'emblée l'anémie palustre.*

M. le Dr A. Billet a bien voulu compter les globules et apprécier l'hémoglobine de quelques-uns des malades soumis à ce traitement; voici les résultats.

	NOMBRE DE GLOBULES ROUGES par milimètre cube de sang.			HÉMOGLOBINE en 100 de sang.	
	Avant l'injection.	24 h. après l'injection.	48 h. après l'injection.	Avant l'injection.	De 24 à 48 h. après.
I. Lent	3.596.000	3.956 000	4.120.000	12,3	13,2
II. Dub	3.255 000	3.844.000	»	10,6	11,3
III. Geof.....	2.740.000	3.317.000	3.420.000	12,2	12,7
IV. Soul	3.844.000	4.423.000	5.022.000	12,5	13,2
V. Argill....	3.487.000	4.123.000	»	13,2	13,7
VI. Enim....	3.028.000	3.445.000	3.813.000	10,6	10,7
VII. Roch....	4.340.000	4.805.000	4.867.000 (1)	12,6	13,1

Il résulte des observations de M. A. Billet, que sous l'influence du sel arsenical les globules monucléaires, et particulièrement les grands monucléaires, phagocytes spéciaux des hématozoaires du paludisme, augmentent rapidement dans le sang. Ils peuvent dépasser 68 0/0 avec 28 0/0, et plus, de grands mononucléaires. Le même phénomène s'observe sous l'influence de la quinine. Le médicament arsenical paraît donc agir par le même mécanisme que cette dernière substance.

Tous ces résultats sont donc fort encourageants, et autorisent à tenter cette médication dans les grands accès pernicieux de l'été.

Il reste à déterminer les doses les plus favorables. Celles qui ont été employées jusqu'ici ont été notoirement et volontairement un peu faibles. Elles devront être augmentées surtout lorsqu'il s'agira d'opposer à de grands accès un médicament que j'ai pu employer jusqu'ici sans aucun inconvénient à doses doubles et triples, soit par la bouche, soit par la voie hypodermique.

Il conviendra de recourir aussi, pendant quelques temps, aux injections préventives renouvelées.

Il faudra examiner, parmi les préparations d'arsenic latent, y compris les cacodylates, les substances qui sont plus particulièrement actives dans l'impaludisme.

Enfin, je crois qu'il y a lieu d'étudier les effets de ces mêmes composés arsenicaux organiques dans les fièvres continues et dans les fièvres éruptives, ce que j'ai entrepris déjà avec l'un de nos collègues les plus distingués.

Mais à cette heure il me semble établi que l'action des sels à arsenic latent, et particulièrement celle du méthylarsinate disodique, offre sur l'emploi des préparations de quinine de grands avantages.

Il n'est que juste de répéter encore, en terminant, que ce travail n'a pu être mené au point de certitude qu'il présente, que grâce à la savante collaboration de M. le Dr A. Billet à qui je ne saurais trop exprimer toute ma gratitude.

---

(1) Malgré les deux accès survenus au cours du traitement arsenical.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

Des injections préventives de sérum antidiphtérique, par NETTER, (*Académie de Médecine*, 28 janvier 1902). — M. Netter a pratiqué à l'hôpital Trousseau des injections préventives de sérum antidiphtérique à 502 enfants appartenant à 200 familles dans lesquelles il y avait eu un premier cas de diphtérie. Ces injections ont été très efficaces : 13 enfants seulement ont été pris de diphtérie dans les 24 heures, 6 après un mois ; il n'est survenu aucun cas pendant la période qui va du 2e au 28e jour. L'examen bactériologique de la gorge de 476 de ces enfants a montré 150 fois la présence du bacille de Lœffler.

L'utilité de l'injection préventive chez ces enfants ressort bien nettement si on compare leur sort à celui de 491 enfants non immunisés appartenant à des familles ayant aussi envoyé des enfants diphtériques à l'hôpital. Dans ce groupe, il y a eu 87 cas secondaires répartis sur 69 familles, 38 cas graves dont 18 mortels ; la proportion des familles atteintes a été de 34,5, des enfants de 7,74 pour 100 ; des diphtéries mortelles, de 3,66 pour 100.

Si la proportion avait été la même chez les enfants inoculés, on aurait eu 86 familles atteintes au lieu de 13, soit 76 de plus ; 89 enfants, au lieu de 13, soit 76 de plus ; 39 diphtériques graves, au lieu de 0 et 18 morts.

Les injections préventives ont donc sauvé 18 existences et préservé 76 enfants de la maladie.

Chez les sujets non inoculés dans les 24 heures, le nombre des cas de diphtérie a été de 8 ; dans les 28 jours, le nombre a été de 16.

L'inoculation préventive n'est donc pas seulement préservatrice, elle atténue en outre la maladie lorsque celle-ci vient à se développer en dépit de l'inoculation. La proportion des cas légers est, chez les immunisés, de 77 pour 100 ; chez les non inoculés, de 20 pour 100 ; celle des cas graves chez les immunisés est de 0, chez les non inoculés de 40 pour cent.

G. LYON.

Statistique du traitement antidiphtérique (*Deutsche med. Wochenschrift*, 6 févr. 1902). — BOSSE donne les résultats de 47 cas de diphtérie (13 adultes, 34 enfants), traités par le sérum et les inhalations d'essence de térébenthine non rectifiée (elle contient alors de l'ozone). Sur les 47 malades, 39 ne furent pas trachéotomisés (2 morts de diphtérie hypertoxique). Les 8 trachéotomisés ne furent vus qu'à un moment où le tirage était déjà très accentué (2 morts). L'auteur pratiquant à la campagne et ses malades se trouvant disséminés sur un grand espace, le tubage ne pouvait entrer en ligne de compte.

La mortalité globale est donc de 8 1/2 0/0.

E. VOGT.

Angine diphtérique guerie par les douches locales au phénate de soude, par ROULIN (*Journ. de méd. de Paris*, janvier, 1902). — M. Roulin emploie depuis de nombreuses années les irrigations antiseptiques, au phénate de soude, contre la diphtérie et en a toujours obtenu d'excellents résultats. L'observation suivante, ajoutée à bien d'autres, qu'a publiée ce distingué praticien, prouve assez l'efficacité de ce mode de traitement.

M. A..., âgé de 25 ans, souffre de la gorge depuis trois jours et depuis la veille seulement il est survenu des fausses membranes qui tapissent les amygdales, les piliers, le voile et la paroi postérieure du pharynx. Avant d'attendre le résultat de l'examen des produits ensemencés, M. Roulin prescrit un vomitif et des douches, répétées toutes les heures, dans le nez et la gorge avec la solution suivante :

Phénol Bobœuf.....	3 cuillerées
Eau	1 litre

L'examen bactériologique révèle la présence de très nombreux bacilles de Lœffler moyens et longs, enchevêtrés ou rangés en séries parallèles et peu ou pas de microcoques; il s'agit donc bien d'une diphtérie pure à marche très rapide.

Deux jours après le début du traitement, les membranes commencent à se détacher; quelques-unes sont éliminées par les narines. Six jours après il n'en reste plus trace et l'engorgement ganglionnaire a disparu.

Dix jours après, le malade rend par le nez une grande quantité de fausses membranes, alors qu'il n'y en avait plus dans la gorge, mais cela ne dure qu'un jour.

L'albumine, très abondante dans l'urine, ne tarde pas à disparaître.

En somme, au bout de trois semaines, le malade est complètement rétabli.

A. Courtade.

La sérothérapie de la scarlatine (*Soc. des médecins de la Charité de Berlin*, 16 janvier 1902). — Le Pr v. Leyden entretient la Société do *sérums de convalescents*, c'est-à-dire de sérums extraits du sang de sujets en convalescence d'une maladie infectieuse aiguë. Au point de vue spécial de la scarlatine, on fit des injections dans 12 cas, qui ont donné les résultats suivants : succès paraissant remarquable dans 3 cas, moins marqué dans 8 cas, nul dans 1 cas. La lysis s'est faite 1 fois au 3e jour, 2 fois au 4e, 4 fois au 5e, 2 fois au 6e.

On a commencé par injecter 10 cc., actuellement on injecte 20 cc. ; un dosage exact du sérum est difficile.

Dans la discussion qui a suivi cette communication, Heubner a fait ressortir les difficultés qui entourent l'examen du sérum : on ne sait s'il contient une antitoxine. En outre, on n'est jamais sûr que l'individu qui a fourni le sérum soit indemne de syphilis, de tuberculose latente. Il faudrait donc réserver le sérum aux cas graves, qui, du reste, permettent mieux de juger de l'efficacité de la méthode.

Le Pr v. Leyden a répliqué qu'il y avait lieu de montrer un peu plus de confiance dans la préparation : l'histoire du traitement de la diphtérie doit encourager les expérimentateurs

E. Vogt.

Traitement de la scarlatine, par Siecke (*Deutsche med. Ztg*, 3 février, 1902). — Il est probable que l'agent infectieux de la scarlatine se dépose en premier lieu sur les amygdales et le pharynx, aussi l'auteur a-t-il recherché quel serait le topique capable d'enrayer, dans une certaine mesure, l'évolution de la maladie : après plusieurs essais, il a adopté le sozoïodolate de soude, en insufflation toutes les heures. Quand on se trouve en présence d'enfants indociles, on peut remplacer les insufflations par la potion suivante :

Sozoïodolate de soude	3 à 5	grammes
Chlorure de sodium.	1	—
Alcool.....	20	—
Eau dist. ad.....	100	—

Une cuillerée à café toutes les demi-heures.

Dans les cas graves, avec gangrène de l'amygdale, on ajoute au topique pulvérulent 5 0/0 de citrate d'argent (itrol).

Pour combattre la rhinite, qui s'observe dans quelques cas, on fait des lavages tièdes des cavités nasales avec une solution de nitrate d'argent à 1 00/00.

Au début de l'otite moyenne, on arrive facilement à enrayer les accidents en introduisant dans l'oreille un tampon imbibé d'une solution alcoolique de sozoïodolate de soude à 3 0/0.

Les adénites seront combattues par l'application d'ouate imbibée d'une solution aqueuse d'ichthyol à 5 0/0.

Parmi les accidents consécutifs à la scarlatine, les déterminations articulaires seront avantageusement combattues par le salicylate de soude, à condition d'ajouter à la dose de salicylate 10 0/0 de sozoïodolate de soude.

La néphrite, quand on traite localement les accidents pharyngiens, ne se développe pas. Mais l'auteur en a observé sur des sujets non soignés par lui au début de l'affection, et les traite par l'administration, par cuillerées à café toutes les heures, d'une solution contenant 2 0/0 de sozoïodolate de soude et 1 0/0 de chlorure de sodium.

Comme traitement général, en dehors du repos au lit et du régime lacté, on fera gargariser, si la chose est possible, avec de l'alcool à 30 et 50 0/0 ; ce gargarisme est suivi d'un lavage avec une solution chlorurée sodique à 1 0/0. Deux fois par jour, lavements avec cette dernière solution.

L'auteur, depuis qu'il a adopté ce traitement, n'a plus perdu un seul scarlatineux. Il ne faut jamais, si l'on veut obtenir des résultats de ce genre, négliger d'appliquer le traitement rigoureusement, même dans les cas qui paraissent bénins.

E. Vogt.

Injections intraveineuses de sérum artificiel en particulier dans la fièvre typhoïde (*Wratsch*, no 40, 1901). — Makaroff a fait à ce sujet des recherches expérimentales et cliniques. Ces recherches expérimentales de l'auteur ont porté sur des lapins ayant reçu des injections sous-cutanées de cultures de charbon et dans la veine auriculaire des cultures du

colibacille. Des expériences préalables avaient montré que le minimum indispensable pour amener la mort du lapin par le charbon est de 0 gr. 33 pour 1 kilogr. d'animal. L'auteur a donc injecté aux lapins ce minimum de culture et, l'injection faite, il a pratiqué des injections intra-veineuses répétées. Dans ces conditions, les lapins ont bien supporté l'infection sans succomber. Il faut ajouter cependant que la première condition de la survie c'est de pratiquer la première injection intra-veineuse le moins de temps possible après l'injection de cultures.

Les recherches cliniques ont porté sur 21 typhiques auxquels l'auteur a pratiqué en tout 47 injections, dont 29 intra-veineuses et 18 sous-cutanées. Pour ces injections, l'auteur s'est servi d'une solution de chlorure de sodium à 0 gr. 07 0/0. La dose injectée à la fois a varié de 1200 à 1800 grammes pour l'injection intra-veineuse et de 500 à 6000 grammes pour l'injection sous-cutanée. Pendant les premiers jours qui ont suivi l'injection de sérum les bains ont été suspendus et l'on n'a administré aux malades que des excitants. Régime lacté. Immédiatement après l'injection on observait un frisson; souvent ce frisson apparaissait avant que l'injection fût terminée; le frisson était suivi de transpiration.

Sur les 21 malades ainsi traités, 11 sont morts, mais il faut dire que ce traitement a été employé exclusivement chez des malades graves. L'auteur conclut que les injections de sérum abaissent notablement la mortalité dans la fièvre typhoïde.

J. Roubleff.

Traitement du charbon par les injections sous-cutanées d'acide phénique (*Thérapeutique Moderne russe*, n° 11, 1901). — Ephimoff procède de la façon suivante:

Dès l'entrée du malade à l'hôpital, on cautérise au thermocautère (parfois après une incision cruciale préalable), profondément l'ulcère lui-même et une certaine étendue de la région voisine. Ceci fait, on injecte dans le pourtour de l'ulcère le contenu d'une seringue de Pravaz d'acide phénique à 5 0/0 : cette injection est pratiquée sur trois ou quatre points. Cautérisation et injections sont répétées deux ou trois fois par jour, suivant le cas, pendant deux ou trois jours consécutifs. Dans la majorité des cas (dès le troisième jour) les injections deviennent du reste inutiles.

Etant donné qu'il existe presque toujours un état général mauvais, on administre de l'alcool et des extraits toniques. Ce traitement a donné à l'auteur d'excellents résultats.

J. Roubleff.

Traitement de la pustule maligne par les injections intra-veineuses d'argent soluble (*Munchener med. Wochenschrift*, n° 47, 1901). — Fischer a traité un homme, bien portant jusque-là, atteint de pustule maligne de la joue droite, par des injections d'argent soluble (collargol) en solution aqueuse à 1 0/0. La dose injectée a été de 5 grammes. Dès la première injection, l'état général s'améliora notablement pour devenir plus mauvais ensuite : une seconde injection donna à nouveau un bon résultat, plus durable cette fois. Le quatrième jour, après que chaque jour une injection eût été faite, la guérison était obtenue.

Il y a surtout lieu de faire ressortir, au point de vue local, l'absence de toute nécrose profonde : au bout de quinze jours, une escharre tout à fait insignifiante et superficielle se détacha. Le sang contenait des bactéries charbonneuses.

En l'absence de toute autre médication et en présence de la gravité du cas, on ne saurait tirer de ce cas d'autre conclusion que celle-ci : l'injection intra-veineuse d'argent soluble a amené une guérison inespérée sans causer aucun inconvénient.

E. Vogt.

Cas d'actinomycose de la joue guéri par des injections d'iodipine (*Soc. des médecins de Vienne*, 17 janvier 1902). — Kreibich présente un malade auquel il injecta, pour un foyer d'actinomycose de la joue, 30 cc. en tout d'iodipine à 25 0/0. Le malade est actuellement, trois mois après le début du traitement, entièrement guéri : le résultat plastique est bien supérieur à celui qu'on eût obtenu avec une intervention chirurgicale. Dans deux autres cas, l'orateur a obtenu les mêmes résultats, aussi conclut-il à l'emploi de ces injections dans les cas de ce genre. L'iodipine est, en effet, fort bien supportée, même à fortes doses, et sa résorption lente permet d'obtenir une action prolongée de l'iode sur l'organisme.

E. Vogt.

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la faculté de Médecine.

Traitement de l'obésité par les bains de lumière électrique (*Vestnik de Thérapie*, n° 20, 1901). — En se basant sur les théories qui do-

minent aujourd'hui l'étiologie de l'obésité, Eiger distingue trois formes de cette diathèse : 1) obésité par excès d'alimentation; 2) obésité constitutionnelle dépendant exclusivement de l'activité anormale des cellules, ou d'une manière plus précise, du ralentissement des échanges organiques; 3) forme mixte où les deux facteurs pathogéniques susindiqués exercent une action plus ou moins forte. L'auteur estime que l'obésité, survenant à un certain âge, peut être considérée comme un exemple de cette troisième forme.

En effet, les cellules étant très actives pendant la jeunesse, l'obésité ne se développe pas, tandis qu'avec l'âge — les conditions de l'existence restant les mêmes — l'activité cellulaire diminue, ce qui fait que l'économie n'arrive pas à assimiler les excès d'aliments : ceux-ci, non assimilés, se transforment alors en graisse.

La classification de l'obésité, telle que nous venons de l'exposer, a une importance capitale au point de vue du traitement. Dans les cas où l'on a affaire à cette forme d'obésité, qui est déterminée par un excès d'alimentation, un seul traitement est admissible : le régime restrictif. La composition qualitative des aliments est indifférente ; il faut cependant diminuer la quantité des albumines. Ce qui importe, c'est la diminution du nombre des calories des aliments ingérés. Le traitement physico-mécanique ne donne pas des résultats dans cette forme d'obésité.

Dans l'obésité constitutionnelle, le régime joue au contraire un rôle très important, cependant les résultats sont parfois nuls, et alors on se servira avec profit de tous les procédés physico-mécaniques qui rendent plus intenses les échanges organiques. Parmi les procédés physico-mécaniques, l'auteur préconise particulièrement les bains de lumière électrique avec refroidissement consécutif par un bain ou une douche.

Sans examiner en détail la question de savoir si ces bains possèdent des propriétés spécifiques, l'auteur insiste surtout sur ce fait que les bains sont très bien supportés, même par des obèses dont les fonctions cardiaques sont affaiblies; le pouls s'accélère peu ou pas du tout; il reste toujours plein et régulier. L'auteur cite les deux cas suivants :

Dans le premier cas, où il s'agissait d'une forme mixte d'obésité : par une restriction peu importante du régime, combinée au traitement par des bains de lumière électrique, on a obtenu, au bout d'environ dix semaines, une diminution de poids de 25 livres. Dans le 2e cas, il s'agissait de la forme constitutionnelle : la malade, quoique mangeant toujours peu, n'avait cessé d'augmenter de poids; elle a essayé de limiter son alimentation jusqu'au strict minimum, mais n'en a obtenu aucun résultat. L'auteur lui prescrivit des bains de lumière électrique et le massage général, sans modifier en quoi que ce soit son régime habituel.

Au bout de 40 jours, pendant lesquels elle a subi 37 séances, la malade a diminué de 30 livres (russes).

La malade a arrêté là sa cure et pendant dix semaines elle ne s'est soumise à aucun traitement; résultat : augmentation du poids de 5 livres.

Une nouvelle cure de deux semaines à peine a amené une diminution de poids de 10 livres.

L'auteur croit que cette diminution doit être attribuée surtout à l'action des bains, car l'expérience montre que par le massage général seul, on ne saurait arriver à un pareil résultat.

J. Roubleff.

Contribution à l'étude de l'influence des préparations ovariques sur les échanges nutritifs (*Pester. med. chir. Presse*, 15 décembre 1901). — Bien que le travail de Vas présente un caractère plutôt physiologique, nous en donnons ici les conclusions, car elles offrent un certain intérêt thérapeutique.

L'auteur donne aujourd'hui les seuls résultats obtenus par l'examen de l'élimination des sels inorganiques, en réservant pour une communication ultérieure l'étude des autres côtés de la question.

En donnant à une chienne en état d'équilibre nutritif des doses élevées d'ovarine, on constate que les échanges albuminoïdes n'éprouvent aucune modification, mais qu'en revanche l'élimination de l'acide phosphorique et de la chaux, subit, surtout dans les fécès, une augmentation marquée. Cet effet commence de suite avec l'ingestion d'ovarine et se manifeste quelque temps encore après cessation de l'administration des tablettes du commerce, mais le phénomène est bien plus frappant encore si l'on soumet l'animal à l'action d'un extrait d'ovaire fraîchement préparé par la méthode usuelle d'obtention des ferments. Le ferment a été extrait d'ovaires de vaches et injecté sous la peau d'une chienne à la dose de 30 ccm.

Dans une autre série d'expériences, l'auteur expérimenta sur une chienne châtrée ; l'opération elle-même n'influença pas manifestement les échanges nutritifs, mais l'administration ultérieure de tablettes d'ovarine exerça sur l'élimination des sels inorganiques une influence notable (20 tablettes par jour pendant 3 jours); on observa en même temps une augmentation

du poids du corps. Le mode et la durée d'élimination furent les mêmes que ci-dessus.

E. Vogt.

L'aspirine dans le rhumatisme articulaire. (*Thérapeutique Moderne Russe* n° 9. 1901). — Vorobieff a observé trente cas de rhumatisme articulaire aigu : sur ces trente malades, quinze étaient à leur première attaque.

Sachant par expérience que le rhumatisme articulaire aigu guérit parfois sans aucune intervention au bout de quelques jours, Vorobieff n'a commencé à administrer de l'aspirine qu'à partir du troisième jour de séjour hospitalier, c'est-à-dire au moment où l'on acquérait la conviction que l'affection n'avait aucune tendance à une guérison ou même amélioration spontanée. Généralement, l'auteur a administré l'aspirine en nature à la dose de 0,50 centigrammes trois fois par jour pendant deux ou trois jours consécutifs, ensuite, la dose a été portée à 1 gramme, trois fois par jour, (par conséquent trois grammes au lieu de 1 gr. 50), dans les cas où on n'avait pas obtenu d'effet thérapeutique suffisant. Les conclusions de l'auteur sont les suivantes.

1° L'action de l'aspirine sur le processus rhumatismal commence généralement déjà vingt à trente minutes après l'ingestion du médicament : les douleurs diminuent d'intensité et les sueurs apparaissent. 2° L'action du médicament atteint son maximum deux heures environ après l'ingestion : les sueurs deviennent à ce moment très abondantes, sans exercer d'influence sur l'amélioration de l'état général survenu, comme nous venons de dire, presque immédiatement après l'ingestion de la première dose. 3° Au bout de trois à quatre jours de traitement par l'aspirine la température est tombée généralement à la normale, en même temps que tous les autres symptômes ont disparu. 4° L'aspirine n'exerce aucune action nuisible sur les organes de la circulation, même chez les malades déjà atteints d'une affection cardiaque. 5° L'aspirine ne met nullement à l'abri de l'endocardite et la proportion des affections cardiaques est même très élevée dans le traitement par l'aspirine. 6° L'aspirine ne produit presque aucun trouble gastro-intestinal.

Toutefois Verrobieff fait remarquer que, malgré l'action incontestable de l'aspirine, il ne faut pas oublier que cette action n'est pas durable, car les douleurs ainsi que l'ensemble des autres symptômes reparaissent très rapidement, ce qui fait qu'on est obligé de continuer à administrer l'aspirine encore pendant deux semaines au moins après que le malade se considère comme complètement guéri ; on ne peut arrêter le traitement que lorsque la transpiration et les douleurs articulaires ont totalement disparu : si l'on ne prend pas cette précaution, la récidive est inévitable. Généralement, dès les premières doses du médicament, le processus pathologique s'arrête. Mais lorsqu'on a affaire à des douleurs déjà anciennes, celles-ci ne font que s'atténuer et persistent pendant longtemps encore, surtout la nuit.

J. Roubleff.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux.

Des accidents mortels de la chloroformisation (*Société de chirurgie*, 15 janvier 1902). — M. Poirier a communiqué un cas de mort par chloroforme, après vingt-cinq minutes, chez une femme âgée et affaiblie qu'il laparotomisait. Et chacun, à cette occasion, de citer les cas exceptionnels de mort subite observés dans les premiers instants de la chloroformisation, après quelques gouttes seulement, avant même de la commencer (Segond, Richet). Tous ces cas, ainsi que vient le dire M. Reclus, peuvent être bien plutôt mis sur le compte de l'émotion excessive, en un mot, de la peur. Mais cette évocation des accidents chloroformiques s'explique peu, à l'occasion du fait banal communiqué par M. Poirier. Ce dernier ne saurait être rangé parmi les exceptions malheureuses. N'est-ce pas aux sujets âgés et affaiblis par une cause quelconque qu'il est de règle de refuser, chaque fois qu'on le peut, le bénéfice de la chloroformisation? En second lieu, les accidents mortels, surtout fréquents dans les hôpitaux, sont imputables en grande partie au manque de surveillance. S'il est une remarque à faire à cet égard, c'est que le chloroforme de bonne qualité doit présenter au contraire une innocuité remarquable, pour que les accidents mortels ne soient pas plus fréquents, au cours des séances opératoires publiques où, tous les yeux étant fixés sur lui, le chirurgien se laisse absorber par l'acte opératoire, s'il ne se livre à d'éloquentes improvisations, dans ces milieux surtout où la responsabilité est divisée, où fait défaut l'*aide spécial* éprouvé auquel devrait être confié le soin d'administrer le chloroforme.

Il n'y a donc pas lieu de recourir à des précautions spéciales, comme celles conseillées par M. Quénu, et qui consistent a faire au préalable une injection de morphine aux opérés. Ou nous nous trompons fort, ou des cas de mort ont été

publiés, il y a quelques années, par des chirurgiens qui s'étaient conduits de la sorte. Une discussion au sein de la Société eut lieu à la suite de ces faits.

M. Richelot fait connaître sa pratique, qui consiste à faire inhaler aux opérés du *bromure d'éthyle* avant de commencer la chloroformisation. Cette méthode nous vient d'Amérique. Elle serait très recommandable pour supprimer une période d'agitation toujours pénible, le chloroforme étant substitué sans interruption au premier agent anesthésique. C'est là le principal but de la méthode, mais il serait difficile de dire si cette association diminue les risques à courir, du moins à l'heure actuelle. La statistique de M. Richelot est insuffisante à l'établir.

Le meilleur moyen que nous connaissions de réduire au minimum ces chances d'accident, c'est un mode d'administration aussi prudent que vigilant.

A. Benoit.

Anesthésie par la méthode de Bier (*Pester med. chir. Presse*, nos 45, 46, 47, 1901). — Nous retiendrons du travail très complet de Hückl les données nouvelles qui pourraient intéresser le praticien.

L'auteur croit que les faits d'anesthésie incomplète, signalés au début de l'emploi de l'injection sous-arachnoïdienne de cocaïne, étaient dus à la stérilisation trop énergique à laquelle a solution à injecter avait été soumise. Cette stérilisation avait sans doute décomposé une portion notable de la cocaïne employée.

L'absence d'influence nocive sur l'appareil cardio-pulmonaire assigne à la méthode de Bier une place dans l'arsenal chirurgical : il y a lieu de lui conserver, en conséquence, le domaine des anesthésies chez les artério-scléreux, les cardiaques, etc.

Mais il ne faudrait pas se dissimuler les inconvénients de la méthode. En premier lieu, le dilemme : en stérilisant minutieusement, on décompose la cocaïne ; en ne stérilisant pas à fond, on risque d'introduire des germes infectieux dans le canal rachidien. La stérilisation fractionnée demande 10 heures environ, pendant lesquelles la cocaïne, facilement décomposable, peut perdre de son efficacité. Il est vrai que jusqu'ici, grâce à l'extrême minutie des opérateurs, aucun accident infectieux ne s'est manifesté, aussi peut-on sans danger se contenter, avec Koch, d'une seule ébullition au moment de l'emploi.

Les inconvénients inhérents à la cocaïnisation ne sont pas plus graves que ceux qu'on observe dans la narcose classique. Les vomissements ne présentent aucun danger, alors que dans la narcose classique l'entrée de matières vomies dans les voies respiratoires est toujours possible. La céphalalgie constitue un inconvénient inhérent aux deux méthodes.

L'hyperthermie, due sans doute à l'action de la cocaïne sur le centre thermique, disparait dès le second jour et a pour unique inconvénient de rendre plus difficile l'appréciation des résultats opératoires.

Un grand avantage de la méthode de Bier consiste dans le fait de l'absence de toute préparation : le malade peut déjeuner avant l'intervention, car les vomissements ne sont pas plus fréquents dans ce cas que si le sujet est à jeun.

Pour l'auteur, l'injection sous-arachnoïdienne de cocaïne (si possible moins de 0 gr. 015 de substance active), est indiqué dans tous les cas où, chez un individu dont la force de volonté est normale, il y a lieu d'intervenir dans les régions situées en dessous du diaphragme : la vieillesse, les affections cardio-pulmonaires ne représentent pas des contre-indications. Celles-ci se trouvent dans la pusillanimité des malades, le peu d'importance de l'intervention, les interventions intra-utérines.

E. Vogt.

Considérations sur la méthode de Bier (anesthésie médullaire), par Kopfstein (*Wiener Klin. Rundschau*, no 49, 1901). — L'auteur, au lieu de cocaïne, a utilisé l'eucaïne et la tropacocaïne : il injecte à la fois 0 gr. 03 de la première et 0 gr. 04 à 0 gr. 05 de la seconde, avec les précautions et selon les prescriptions d'usage.

Sur les quatre cas où l'eucaïne fut employée, trois donnèrent des résultats défavorables : douleurs intenses dans la région opérée, céphalalgies intolérables, etc. Dans un quatrième cas, le malade a conservé de la rachialgie et des troubles de la sensibilité des membres inférieurs.

L'auteur divise les cas où la tropacocaïne fut utilisée en trois groupes :

1° *Insensibilité absolue*. — Narcose parfaite, absence complète d'accidents, 27 cas : dans l'un il s'agissait d'un cancer du rectum adhérent à l'urèthre et à la prostate : l'intervention dura 1/2 heure chez ce malade âgé, de 61 ans, la narcose chloroformique prolongée eût certes été dangereuse.

2° *Insensibilité presque absolue*, mais de suite après l'opération, réaction violente se caractérisant par des vomissements, des céphalalgies, etc. Cinq malades.

3° *Pas d'anesthésie*. — La réaction se manifeste par des vomissements, de la céphalalgie, des douleurs fulgurantes dans le rachis ; 8 malades, dont 2 seulement furent opérés.

En résumé, on enregistra de grandes différences d'action, malgré l'identité des quantités injectées, avec 20 0/0 d'insuccès. Les malades supportent beaucoup mieux l'intervention quand ils ont bien mangé avant. Il existe malheureusement des sujets chez lesquels l'anesthésie ne peut être obtenue. La narcose médullaire continue donc à être incertaine, bien que la tropacocaïne représente une substance se prêtant bien à cet emploi spécial.

E. Vogt.

L'analgésie par les injections intra-rachidiennes de cocaïne par le Dr Guillermo Rivas (*Thèse de Doctorat, Madrid Médico*, 15 janvier 1902). — Les conclusions de ce travail sont : 1° La méthode d'analgésie par les injections intra-rachidienne est relativement nouvelle et a été vulgarisée par Tuffier. Les points suivants sont à considérer : *a*) le siège anatomique où doit se faire l'injection, entre la 3e et 4e ou entre les 4e et 5e vertèbres lombaires ; *b*) la seringue et la canule : on emploie généralement celle de deux grammes et une canule courte ; *c*) la solution doit être aussi aseptique que possible ; *d*) la dose de cocaïne variera entre 10 et 30 milligrammes ; *e*) la durée de l'injection, qu'on doit pratiquer lentement pour éviter la rapide diffusion de la cocaïne.

2° L'action analgésiante se manifeste entre 8 et 21 minutes après l'injection ; la durée oscille entre une demie et 2 heures, et son extension varie avec la dose, la rapidité de l'injection et la susceptibilité du sujet, mais ordinairement elle ne dépasse pas l'ombilic.

3° Les phénomènes auxquels elle donne lieu sont : l'ischémie cérébrale, les nausées, les vomissements, des pâleurs, des sueurs, parfois une tendance à la syncope, des fourmillements et de l'analgésie. Consécutivement, on observe une soif intense, de la céphalalgie et de l'élévation de la température.

4° Les inconvénients de la cocaïne sont : l'incertitude de l'asepsie de la solution ; la variabilité de l'action de la cocaïne, même employée à doses égales ; le danger de diffusion vers les parties supérieures du canal intra-rachidien, car la cocaïne, arrivée au bulbe, tue par paralysie respiratoire comme l'expérimentation le démontre.

5° La méthode est contre-indiquée dans les lésions cardiaques, artério-scléreuses, les lésions rénales, le shock et le collapsus traumatique, chez les enfants et en général chez tous les individus doués d'une grande irritabilité nerveuse.

6° On voit, par ce qui vient d'être dit, que cette méthode ne résout aucun problème nouveau ; elle représente un mode d'anesthésie qu'on peut placer à côté du chloroforme et de l'éther, avec cet inconvénient que nous injectons une dose dont nous ne connaissons pas les effets ultérieurs : en cas d'accident nous sommes désarmés pour conjurer le danger.

F. Berni.

Opérations qui intéressent le canal médullaire chez l'homme, par MM. Cornil et Coudray (*Revue de chirurgie*, octobre-décembre 1901). — Importante étude, avec expériences, dont les conclusions pratiques seules peuvent être résumées. Dans l'*osteo-myélite aiguë*, chez l'homme, il est préférable, au lieu de se borner à faire l'incision plus ou moins large de l'abcès périostique, de faire toujours un ou deux orifices au trépan sur les os ; les chirurgiens les plus avancés vident l'os de sa moelle, sur tous les points infectés. Eu égard à l'hémorragie abondante que ce temps opératoire entraîne, il est tout aussi bien, et même préférable de faire un *drainage de la cavité médullaire*. Pour certains os, les orifices faits au trépan en plusieurs points assurent un drainage suffisant.

Dans l'*osteo-myélite chronique*, l'intervention est toujours nécessaire : on doit se proposer de mettre à jour les foyers suppurés, séquestres, etc... et l'on doit très souvent aussi pratiquer l'évidement de la moelle. La réparation se fait moitié osseuse, moitié fibreuse. Il est très avantageux d'aider à ce travail naturel par le *plombage des os*. Cette greffe se fait utilement avec de l'*os calciné* réduit en poudre, introduit dans les cavités osseuses bien bourgeonnantes. L'os peut être d'ailleurs découpé en fragments de forme appropriée. Cela a produit déjà d'excellents résultats en clinique, dans la réparation des cavités osseuses consécutives aux ostéites. Le *salol* et l'*iodoforme* peuvent être associés à la poudre d'os. On se sert parfois du chlorure d'éthyle pour pousser le mélange. Avant de chercher à obturer les cavités, il faut tarir entièrement la suppuration.

A. Benoit.

Fracture du membre inférieur, par Harold Leslie Bernard (*The Practitioner*, oct. 1901). — Toutes les fractures du membre inférieur sont traitées dans ce long travail. Nous y noterons seulement que les planches radiographiques permettent de voir, dans la fracture du tibia par torsion, pour prendre un exemple, que la meilleure position que l'on puisse obtenir par l'usage des appareils inamovibles est loin de valoir celle qu'on obtient par la fixation opératoire avec des clous d'argent. Mais cette dernière elle-même est loin d'être parfaite. Les fragments n'en chevau-

chent pas moins considérablement. Le tout en pareille matière est d'obtenir un bon résultat fonctionnel, et peut-être, si les appareils radiographiques s'y prêtaient plus tard, une suture contrôlée séance tenante par l'emploi des rayons X serait encore préférable.

L'auteur étudie, parmi les *fractures bimalléolaires*, celle qui est connue en Angleterre sous le nom de fracture de Pott. C'est le détachement complet du sommet de la malléole interne, accompagné de la fracture par éclatement du péroné, juste au-dessus du ligament tibio-péronéen. La difformité de cette fracture est typique : le pied est déplacé en dehors, et, par suite, la malléole interne est très proéminente ; si la crépitation manque, la mobilité anormale dans les mouvements latéraux et antéro-postérieurs doit être recherchée. Trois ecchymoses, dont une pour chaque malléole et une pour le ligament, viennent compléter le tableau clinique. Pour traiter cette fracture, l'emploi de l'anesthésie est nécessaire. On la réduit, et on place le membre, reposant sur son côté externe, dans une attelle dite de *Sharpe*. Cet appareil emboîte le pied en dedans et en dehors et se compose de deux pièces en gouttière, remontant sur le cou-de-pied à angle droit. Des courroies de cuir permettent de les serrer et l'on peut ainsi mettre le membre à découvert pour le massage et les mouvements passifs. Plusieurs pièces de plâtre amovibles sont aussi très suffisantes.

La fracture est-elle ancienne ? La gêne fonctionnelle est telle qu'une intervention opératoire s'impose souvent. Celle-ci consiste à faire une longue incision sur chaque malléole ; les fragments d'os sont détachés au ciseau. L'article est débarrassé de son tissu fibreux, les os de leurs saillies exubérantes, et l'on replace les fragments en position correcte. Après suture, on place le membre dans un plâtre. Le massage doit être commencé de bonne heure.

A. Benoit.

Traitement des tumeurs blanches du membre inférieur par les appareils de marche, par M. Frœlich (*Revue médicale de l'Est*, n° 10, 1901). — La *Société de médecine de Nancy* a reçu communication, au cours de l'année dernière, des excellents résultats obtenus par M. Frœlich, dans le traitement conservateur des tumeurs blanches chez l'enfant, avec emploi des *appareils de marche*.

C'est à Lorenz (de Vienne) que revient le mérite d'avoir rendu ces appareils pratiques pour la classe pauvre, par la combinaison du plâtre et des attelles métalliques. En employant le cuir moulé et le métal, on peut réaliser, à des prix, il est vrai, fort élevés, le maximum des desiderata.

Qu'il s'agisse de la hanche, du genou, ou du cou-de-pied, le principe est le même ; on établit une partie plâtrée qui moule le membre et l'immobilise en bonne position, comme dans les anciens procédés et on incorpore à ce plâtre un *étrier métallique* qui dépasse de quelques centimètres la plante du pied. Le membre inférieur est donc suspendu littéralement dans cet appareil et, en outre, il est soulagé du poids du corps. Du côté sain, une semelle plus élevée compense la différence de longueur des membres, si bien que l'enfant marche fort bien et peut profiter du grand air, au lieu de s'étioler dans des gouttières. Ajoutons que l'*extension continue* peut être faite fort simplement avec une anse de diachylon adaptée au pied et d'où part un tube de caoutchouc qui va se fixer à la branche transversale de l'étrier, faisant la traction désirée.

En ce qui concerne la guérison des abcès tuberculeux des articulations chez l'enfant, les exemples abondent de résorption des parties liquides du pus, le reste se transformant en une masse solide. Si d'ailleurs la résorption fait défaut, il faut se contenter d'évacuer, et ménager les injections iodoformées ou naphtolées pour les cas plus rebelles. Eviter surtout la fistulisation des plaies. Ce n'est que lorsque celle-ci n'a pu être conjurée, que l'on se voit contraint par les infections secondaires de faire l'ouverture large du foyer purulent.

A. Benoit.

Dix-sept cas de luxation des cartilages semi-lunaires du genou avec intervention, par Arthur, E-J. Barker (*The Lancet*, 4 janvier 1902). — A « l'University College Hospital » de Londres, le professeur Barker rapporte dix-sept cas de « *dérangement interne* de l'articulation du genou », c'est-à-dire de luxation des cartilages semi-lunaires de l'articulation, qu'il eut l'occasion d'opérer dans son service de 1895 à 1901.

Parmi ces cas de luxations intra-articulaires, huit furent complètes, dont six portaient sur la portion interne et trois sur la portion centrale. Huit autres étaient incomplètes, partielles, se répartissant en cinq cas de déplacement de la marge périphérique antérieure du cartilage semi-lunaire, et en trois cas de luxations de la marge périphérique postérieure de ce même cartilage. Enfin une dernière subluxation était due à l'existence d'un prolongement polypoïde du cartilage.

Tous ces accidents ont été observés dans le sexe masculin, et furent traités par M. Barker à l'aide de l'opération suivante :

Une incision est faite sur le bord interne du ligament rotulien, environ à douze centimètres au-dessus du rebord articulaire du tibia, et se continue en dessous et en dehors, par une courbe parallèle à la lèvre antérieure du ligament latéral interne.

Cette incision doit-être conduite jusqu'au périoste, qu'elle divise, et doit permettre de relever un lambeau renfermant ce périoste et le ménisque même du cartilage semi-lunaire, afin que ce ménisque puisse être vu par sa face *inférieure*.

Il ne restera plus qu'à suturer le périoste, avec quelques fils de soie, à la partie antérieure du cartilage semi-lunaire, si ce cartilage a une luxation incomplète de sa marge antérieure périphérique. Pour une subluxation complète, mais *récente*, il sera possible de ramener le cartilage dans sa position normale, au moyen du doigt ou d'un crochet mousse, et de le suturer, comme il est dit ci-dessus. Si, au contraire, la luxation est complète, mais ancienne, il faudra faire l'ablation de ce cartilage.

On suivra la même méthode opératoire pour les cas de subluxation partielle de l'extrémité périphérique postérieure du cartilage semi-lunaire, subluxation siégeant derrière le ligament latéral interne, ou bien, pour les cas de déchirure de la partie centrale de ce cartilage, « central splitting » suivant l'expression de Barker.

R. Blondel.

L'astragalectomie dans quelques complications des fractures supra et bimalléolaires, par le Dr Nibos y Ribos, (*Revista de Ciencias Medicas*, janvier 1902). — Les conclusions de ce travail sont les suivantes : 1° Dans les fractures bimalléolaires primitivement irréductibles, l'astragalectomie est indiquée : par elle on rectifie l'attitude du pied, on lui rend ses mouvements physiologiques et on prévient les déviations secondaires. 2° Elle est également indiquée dans les fractures bimalléolaires infectées : elle est le meilleur et presque l'unique moyen d'obtenir un bon drainage et une rapide guérison. 3° Dans les fractures bimalléolaires consolidées d'une façon vicieuse et terminées par ankylose, qu'il existe ou non de l'ostéite, on obtient, avec l'extirpation de l'astragale, une bonne attitude et une mobilité parfaite, très peu de raccourcissement et une guérison rapide, ce qu'on n'obtient avec aucun autre moyen. 4° Si nous ne voulons pas compromettre la réussite de l'intervention, il faut mobiliser l'articulation dès les premiers jours et obliger le malade, une fois la plaie cicatrisée, à exécuter des mouvements actifs qui seront contrôlés par le chirurgien lui-même, car il ne faut pas oublier que la mission de celui-ci n'est pas terminée avec l'acte opératoire, mais que la partie difficile du traitement consiste surtout dans le diagnostic d'abord et ensuite dans la direction du traitement post-opératoire.

F. Berini.

Un cas de paralysie des membres inférieurs, suite de mal de Pott, guéri par l'opération (*Société Médicale de Hambourg*, 10 décembre 1901). — Sick donne l'observation d'un cas de paralysie flaccide des membres inférieurs : l'examen aux rayons X démontre l'existence d'une carie vertébrale avec abcès prévertébral ; l'affection débuta 18 mois avant l'entrée à l'hôpital. L'auteur, en présence de l'insuccès des moyens thérapeutiques, se décida à pratiquer la trépanation du rachis. Quatre lames vertébrales ayant été réséquées, on sectionna le septième nerf thoracique et l'on put écarter la moelle épinière : aussitôt, du pus et des masses caséeuses se montrèrent sur la face antérieure du canal rachidien ; on enleva des séquestres et on vida à la curette l'abcès prévertébral autant que faire se pouvait. Introduction d'un drain ressortant à côté de la moelle : sutures et appareil plâtré fenêtré. Deux jours après l'opération, incontinence d'urine et des matières fécales : le 3e jour, les mouvements actifs reparaissent dans les membres inférieurs et les sphincters retrouvent leur fonctionnement.

Enlèvement du drain le 8e jour. Quelques semaines après l'intervention, l'opérée, âgée de 7 ans, recommençait à marcher.

Actuellement, il n'existe plus aucun trouble de la sensibilité ou de la motilité, la cyphose est consolidée : l'enfant marche sans corset.

E. Vogt.

Traitement de l'étranglement intestinal, d'après le procédé de Batsch (*Wratsch* n° 70, 1901). — Ralabouchoff et Sawine rapportent le cas suivant. Un paysan de 42 ans entre à l'hôpital avec ballonnement du ventre, vomissement fécaloïdes et arrêt des selles. L'interrogatoire apprend que cinq jours auparavant, cherchant à dompter un jeune cheval, le malade a été fortement secoué ; à la suite de cette secousse, il a ressenti une forte douleur dans la partie inférieure du ventre : depuis ce jour la douleur n'a pas cessé et il n'y eut plus de selles. A l'examen, on ne trouve rien ni du côté des poumons, ni du côté du cœur. Le pouls est fréquent ; la température légèrement élevée, le ventre ballonné et douloureux dans la partie inférieure gauche. Vomissements avec odeur fécaloïde ; nausées incessantes ; renvois.

On fait le diagnostic d'étranglement intestinal et on propose une intervention : le malade la refuse ; c'est alors que l'on pense au traitement de Batsch.

Le même jour on pratique une injection sous-cutanée de 0,002 milligrammes de sulfate d'atropine : les vomissements ne s'arrêtent pas, pas de selles.

Le lendemain on fait une nouvelle injection d'atropine mais en portant la dose à 0,005 milligrammes. Le malade perd bientôt conscience ; il a un léger délire ; les pupilles sont fortement dilatées et immobiles ; les vomissements ont disparu ; toujours pas de selles.

Le surlendemain la conscience revient, les pupilles sont redevenues normales ; ténesme ; selle abondante après lavement, pas de vomissement ni de nausées ; ballonnement et douleurs de ventre diminués ; réapparition de l'appétit.

Le jour suivant, selle après lavement et à partir du lendemain selles spontanées et quotidiennes ; ballonnement insignifiant, pas de vomissements ni de nausées ; à la palpation, légère douleur dans la région du cœcum. Etat général bon ; le malade reprend des forces.

Dans ce cas les injections d'atropine ont donné un résultat remarquable.

J. Roubleff.

De l'opportunité de l'appendicectomie après suppuration causée par l'appendicite, par William Bennett (*The Lancet*, 18 janvier 1902). — Deux opinions, remarque l'auteur, règnent aujourd'hui dans l'esprit des chirurgiens qui ont à intervenir dans les cas d'appendicite accompagnée de suppuration.

La première, celle qui est le plus en crédit aujourd'hui, est qu'il faut s'abstenir d'opérer toutes les fois que, chez un sujet porteur d'un abcès, résultant d'une appendicite, il y a destruction des parois de cet organe et oblitération de sa cavité, après évacuation complète de l'abcès lui-même.

C'est d'ailleurs l'avis de M. H. P. Hankins et celui-ci le confirmait lorsqu'il écrivait, dans son bel ouvrage sur l'appendicite, que « sur 38 cas d'abcès périty phliques, dans huit on retrouve l'histoire d'attaques antérieures d'appendicite non suppurée et dans trois cas seulement, l'organe contenait un calcul. » Cet auteur ajoute qu'il n'a jamais rencontré qu'un seul cas d'abcès périty phlique d'origine secondaire.

Un autre chirurgien bien connu, sir W. Mitchell Banks, tout récemment faisait valoir la même idée, lorsqu'il disait, dans une discussion sur l'appendicite, que « aussitôt que la période de suppuration est diagnostiquée, il faut évacuer le pus ». L'appendice est alors réellement détruit, et, par conséquent, la récidive d'une nouvelle crise appendiculaire est impossible.

La seconde opinion, diamétralement opposée à la première, est que, dans chaque cas d'abcès périty phlique, l'appendice doit d'emblée, au moment de l'opération, être enlevé.

A ce propos, M. Rutheford Morison conseille de faire une large incision abdominale afin d'aller plus facilement à la recherche de l'appendice, et déclare que toujours il a pu conduire son opération avec succès. La mortalité, ajoute-t-il, est du reste insignifiante. La plupart des chirurgiens, cependant, ne trouvent pas ce mode opératoire exempt de dangers, et redoutent fort l'éventration comme conséquence.

Enfin, M. Battle n'oublie pas de rapporter l'avis de certains de ses collègues reconnaissant que s'il est logique, quand un abcès appendiculaire est ouvert, de profiter de l'occasion pour faire l'ablation de l'appendice, il n'en reste pas moins prudent parfois de ne pas intervenir. La crainte d'une péritonite septique diffuse, par dissémination du pus de l'abcès dans la cavité péritonéale, la déchirure des tuniques de l'intestin, ramollies par l'inflammation au cours de l'opération, l'état alarmant du malade épuisé par une suppuration abondante, sont des considérations qu'il faut envisager. Aussi, M. Battle recommande-t-il, en général, la non-intervention.

Donc, la meilleure conduite à tenir dans les cas d'abcès appendiculaires est de savoir attendre la guérison de ces abcès après en avoir facilité l'évacuation par une simple incision ordinaire.

L'appendicectomie quelquefois s'impose, mais elle ne doit avoir lieu que dans les cas où il n'y a plus de suppuration, et la seule exception à cette règle n'existe que lorsque, à l'ouverture d'un abcès appendiculaire, l'appendice paraît flottant dans le pus, libre et presque détaché, tendant de lui-même à s'éliminer.

R. Blondel.

Sur un mode opératoire du carcinome rectal, par de Bersaques (*Belgique medicale*, 10 octobre 1901). — L'auteur rappelle que l'intervention opératoire, dans le cancer du rectum pris au début, est une des plus favorables au point de vue de la durée de la guérison. Il a appliqué un procédé, qu'il dit renouvelé, avec quelques modifications, de celui de Depage, de Bruxelles. Cette opération se propose d'enlever en bloc la tumeur rectale, en fermant l'intestin par des ligatures, de façon à éviter toute issue des matières. La tumeur est attirée au dehors à travers le bout anal et n'est définitivement séparée au

thermocautère que du 9e au 14e jour, quand les adhérences sont solidement établies. Ce procédé comporte aussi la dilatation forcée de l'anus; on attaque la tumeur par voie postérieure, le malade étant en position ventrale, et l'on fait la résection sacro-coccygienne, jusqu'au 3e trou sacré. La plaie postérieure est tamponnée et suturée dans sa partie supérieure. On peut regretter que l'auteur n'ait pas songé à suppléer à l'absence de figures par une description plus claire et plus détaillée.

A. Benoit.

Malaria et carcinome, par Prochnik (*Soc. I. R. des médecins de Vienne*, 9 janvier 1902). — Nous avons analysé en son temps (*V. cette revue*, p. 737, 1901) l'hypothèse de Loeffler concernant l'antagonisme entre le cancer et la malaria. Prochnik, qui a vécu 25 ans dans les Indes orientales, est l'adversaire résolu de cette hypothèse; la rareté du cancer dans les pays où la malaria est endémique n'est qu'apparente, car les statistiques officielles, dans les tropiques, ne concernent que les Européens, en majorité des militaires, ne séjournant dans ces pays qu'à un âge où le cancer se développe rarement. Le praticien, qui demeure à poste fixe dans ces pays et donne ses soins à la population civile d'origine européenne et aux indigènes, a l'occasion d'observer aussi fréquemment des cas de cancer que dans les régions tempérées : les indigènes ne sont pas plus indemnes que les immigrés.

L'auteur dispose d'une statistique étendue, dans laquelle se trouve consignée à maintes reprises la coexistence, sur le même sujet, de l'intoxication paludéenne et du cancer.

Le traitement du cancer par l'infection malarique, proposé par Lœffler, n'a en conséquence, pas de raison d'être.

E. Vogt.

Prothèses sous-cutanées et sous-muqueuses à la paraffine, d'après Gersuny (*Soc. libre des chirurgiens de Berlin*, 9 décembre 1901). — Wolff présente en premier lieu un malade de 23 ans auquel on avait, 12 ans auparavant, restauré la voûte palatine. La voix avait conservé un timbre nasonné. 5 injections (en tout 6 gr. 4) de paraffine à point de fusion de 58°, faites sous la paroi postérieure du pharynx, ont amené un rapprochement de celle-ci vers le voile du palais. La voix est alors devenue normale et les injections n'ont présenté aucune espèce d'inconvénient.

Dans le second cas, il s'agit d'une petite fille de 7 ans présentant un bec-de-lièvre avec fissure palatine. L'opération de la fissure fut faite en mai 1901. Depuis, l'orateur a injecté en 11 séances, 7 grammes en tout de paraffine identique à celle du cas précédent, dans la même région que ci-dessus. La voix est devenue normale et la déglutition n'est gênée en rien par la présence du corps dur rétropharyngien.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'une jeune fille de 17 ans avec nez ensellé : en injectant sous la peau la quantité de paraffine nécessaire, l'orateur a pu donner au nez une forme normale.

E. Vogt.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine

De la durée du séjour dans les sanatoria pour la cure de la tuberculose pulmonaire, par Thompson Campbell (*The Lancet*, 7 décembre 1901). — A l'occasion d'une question toute d'actualité, celle de la construction de sanatoria nouveaux, M. Campbell se demande, pour la cure de la phtisie, à quelle époque le tuberculeux devra aller dans un sanatorium et combien de temps il devra y rester.

Naturellement, la période qui bénéficie le plus complètement de la cure faite dans un sanatorium est celle où la tuberculose se trouve encore à son début. Mais, malheureusement, cette règle ne peut être absolue, tout au moins pour les malades de la classe ouvrière, dont le plus grand nombre ignorent la nature de leur affection et ne peuvent abandonner leurs travaux quotidiens. De plus, il est un fait capital encore à noter, c'est que les tuberculeux de cette classe retourneront dans un milieu qui est loin d'être l'idéal de l'hygiène et, malgré toute leur bonne volonté, ne pourront continuer rigoureusement le régime auquel ils ont été soumis.

En second lieu, quelle doit être la durée du séjour, pour un tuberculeux, dans un sanatorium ?

Selon l'auteur, ceci dépend de la nature des lésions que l'examen médical permettra de révéler. Ainsi un minimum de trois mois d'existence dans un sanatorium devra être imposé à un tuberculeux de la période de début, c'est-à-dire à un malade qui présente, comme signes, une diminution, à la percussion, de la sonorité de l'un de ses sommets, une prolongation de l'expiration, une augmentation du murmure vésiculaire et quelques légers râles crépitants.

Même, cette période de trois mois de séjour pourra être utile encore chez un autre tuberculeux qui présentera une expectoration peu abondante, un pouls modéré, et, le soir, des élévations de température insignifiantes. Quant aux sujets plus gravement atteints, c'est-à-dire ayant dans l'un de leurs poumons de la matité du sommet, avec de la bronchomonie, de l'augmentation marquée du murmure vésiculaire et, à l'expiration et à l'inspiration, des râles crépitants moyens, et présentant, dans l'autre poumon une diminution de la sonorité et une respiration prolongée, troublée par quelques râles, la durée du séjour dans le sanatorium devra être de six mois, au minimum.

Enfin, les tuberculeux à la dernière période ne pourront être admis dans un sanatorium avec de réels bénéfices pour eux-mêmes. De même, ne devront pas être acceptés les cas de phtisie avec une élévation de température vespérale variant de 37°8 à 38°8, ou bien encore les cas de laryngite tuberculeuse et ceux dans lesquels l'existence de l'albuminurie peut aggraver l'état pulmonaire.

Cependant, quelques exceptions pourront être faites pour les tuberculeux de cette dernière période ayant un pouls modéré, (100 pulsations, au maximum), si ces tuberculeux sont couchés, ou bien si, marquant 84 pulsations par minute, ces malades sont porteurs d'une caverne torpide.

Bref, le succès du traitement par la cure de sanatorium sera d'autant plus sûr et complet que la tuberculose sera plus jeune.

Il serait très utile, dit M. Campbell en terminant, de faire construire des laboratoires publics, où les crachats des tuberculeux, ayant fait une cure, seraient analysés. Par ce procédé, nous pourrions savoir plus exactement quels sont les résultats acquis et surtout nous pourrions déterminer à quelle époque l'évolution de la maladie a pu être arrêtée.

R. Blondel.

Prophylaxie de la tuberculose (*Soc. de médecine interne de Berlin*, 13 janvier 1902). — Kornfeld, de Vienne, soumet à la Société une proposition nouvelle qui présente un grand intérêt. Après de nombreuses recherches, il est parvenu à faire confectionner des ustensiles et objets de ménage en amiante (meubles, couvertures, verres, assiettes, serviettes, éponges, etc.), que l'on peut passer au feu sans les détériorer.

Ces objets sont très bon marché et faciles à fabriquer; ils se prêtent, cela va sans dire, à toutes les utilisations possibles, en dehors de la tuberculose : parois des wagons à désinfecter, tabliers et blouses pour salles d'opérations, etc.

E. Vogt.

Maladies du Système nerveux

Dr P. Sainton

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Le bromocol, nouveau médicament bromé, dans le traitement de l'épilepsie, par Reich et Ehrcke (*Therap. Monatshefte*, février 1902). — Le bromocol représente une combinaison de brome, gélatine et tannin, contenant 20 0/0 de brome en combinaison organique. Le médicament est peu influencé par la digestion stomacale, mais rapidement résorbé dans l'intestin.

Les essais ont été faits à l'asile municipal pour épileptiques de Berlin, dans le service des hommes (R.) et dans celui des femmes (E.) séparément.

Le bromocol ne contenant que 20 0/0 de brome, alors que KBr en contient 67 0/0, il faudrait, théoriquement, administrer par jour 18 à 24 grammes de bromocol pour obtenir l'action thérapeutique obtenue avec 9 à 8 grammes de bromure de potassium, mais les auteurs ont préféré commencer avec 9 grammes par jour, en trois doses, pour arriver peu à peu à 40 et même 50 grammes par jour. Le remède constitue une poudre inodore et insipide, jaunâtre, insoluble dans l'eau, facilement acceptée par les malades.

Les auteurs ont préféré suivre pendant longtemps un petit nombre de malades (7 en tout pendant plus de 2 mois), pour se mettre à l'abri des causes d'erreur, nombreuses quand il s'agit d'une maladie dont la variabilité est grande. Dans deux cas, l'épilepsie s'est développée à la suite de paralysie infantile. On choisit de préférence des malades enclins à l'acné bromique.

Malgré les doses considérables de bromocol administré, on n'enregistra aucun accident quelconque : chez des malades présentant de l'acné au début du traitement par le bromocol, la dermatite entra en régression ;

Les résultats globaux obtenus peuvent être résumés ainsi :

1° L'action médicamenteuse n'est pas plus forte que celle de la dose de KBr correspondante;

2° Le remède est toujours bien accepté et bien supporté;

3° L'acné bromique se montre exceptionnellement et n'est jamais bien marquée : une acné préexistante entre le plus souvent en régression;

4° On n'observe pas d'accidents nerveux bromiques, même quand on administre des doses levées;

5° Les troubles de la nutrition font défaut.

La modicité relative du prix du bromocol permettra son adoption pour le traitement des épileptiques qui ne supportent pas les bromures usuels.

E. Vogt.

Nouveau traitement de l'épilepsie (*Wratsch*, n° 43, 1901). — Le nouveau traitement de l'épilepsie que propose Lyon (de Samara) a été expérimenté par lui avec succès sur 17 malades, atteints d'épilepsie depuis de longues années et vainement traités par toutes les méthodes connues.

Ce traitement consiste dans l'emploi simultané du régime pauvre en chlorure de sodium, du bromure de sodium et de l'opocérébrine. Ce traitement donne des résultats incomparablement plus favorables que ceux obtenus par toutes les autres méthodes connues. Les phénomènes psychiques se calment rapidement, les attaques s'atténuent progressivement, se font de plus en plus rares et parfois disparaissent même complètement.

On peut espérer que par un traitement prolongé, on arrivera à la guérison complète des malades atteints d'épilepsie, même depuis très longtemps. La durée du traitement et sa technique ainsi que les doses à administrer, tous ces points devront être précisés et établis par des observations ultérieures. Mais, en tout cas, leur précision doit être basée sur l'étude approfondie chez chaque malade des rapports réciproques des quatre stades de l'épilepsie.

Plus les attaques sont fréquentes et plus elles sont intenses, plus on est loin du début de la maladie, plus sévèrement et d'une façon plus prolongée on doit prescrire le régime bromuré (pas moins de trois mois). Quant à l'opocérébrine, il faut l'administrer dans tous les cas. La dose quotidienne de bromure de sodium est de 2 à 3 grammes, elle peut être augmentée dans les cas graves.

L'opocérébrine a été employé par Lyon, sous forme de tablettes, dosées à de 0,20 ou 0,30 centigrammes, deux par jour. Il est probable que dans les cas peu graves on pourrait se contenter de doses moins fortes. Ajoutons enfin que ce traitement n'a jamais donné lieu à aucun accident plus ou moins sérieux.

J. Roubleff.

Sur la ponction lombaire simple à intention thérapeutique, par A. Chipault (*Médecine moderne*, n° 52, p. 415, 1902). — Chipault a pratiqué 60 ponctions dans un but thérapeutique, par la voie sacro-lombaire. Sur ces 60 ponctions, 8 sont restées infructueuses.

Les 51 ponctions qui ont donné issue à du liquide céphalo-rachidien peuvent être classées en quatre catégories :

1° *Hydrocéphalies* (14 cas) soit tératologiques, soit congénitales ou très précoces (syphilitiques, tuberculeuses, rachitiques). — Dans 5 cas, le résultat fut absolument nul, dans 2 seulement appréciable. Il fut nul également dans 3 cas d'hydrocéphalies consécutives à des maladies infectieuses infantiles.

Dans un seul cas, le résultat fut réellement utile : il s'agissait d'un jeune homme atteint d'hydrocéphalie congénitale, chez lequel, à partir de 14 ans, se produisirent, tous les deux ou trois mois, des crises caractérisées par de l'hébétude profonde et de la céphalée généralisée, sans température. A la suite d'une première ponction, tous les accidents disparurent en moins de douze heures ; il en fut de même pour chacune des crises suivantes.

2° *Méningites* (15 cas). — Dans 8 cas, il s'agissait de méningites tuberculeuses et dans tous ces cas, sauf un, la ponction fut faite à la période de coma ; le résultat fut nul. Dans quatre cas de méningite spécifique, les ponctions furent suivies d'amélioration marquée, puis de guérison ; mais il convient d'ajouter que le traitement spécifique avait été institué chez les malades.

Résultat nul dans un cas de méningite épidémique. Par contre, le résultat fut favorable dans un cas de méningite grippale où le malade a survécu, du reste avec persistance de symptômes nerveux chroniques assez graves.

3° *Tumeurs intra-arachnoïdiennes*. — Dans ces cas, on ne demande à la ponction qu'une action palliative sur certains symptômes paraissant dus à de l'hypersécrétion céphalo-rachidienne et à l'excès de pression intra-cranienne consécutive. Chipault a fait des ponctions dans six cas de ce genre. Les résultats sont inconstants et inférieurs à ceux que l'on obtient dans les cas analogues par la trépanation décompressive. D'ailleurs, peut-on toujours prévoir que les accidents sont dus à l'excès de pression intra-cranienne?

Affections diverses. — Dans un cas de coma survenu chez un ancien syphilitique, sans symptôme précurseur, la ponction donna issue, sous une pression exceptionnelle, à plus de 200 grammes de liquide céphalo-rachidien ; le lendemain, le malade était sur pied. Peut-être s'agissait-il d'un de ces cas désignés par Quincke, sous le nom de méningite séreuse.

Résultat nul chez des épileptiques, sauf dans deux cas où le nombre et l'intensité des crises ont été très diminués.

En somme, sur 51 cas de ponction suivie d'issue de liquide, il y eut 10 résultats curatifs,

plus ou moins attribuables à la ponction ; 14 résultats palliatifs, avec atténuation de certains symptômes sans influence sur la marche de l'affection ; 26 résultats nuls. Sont donc tout à fait rares les cas où l'on peut mettre sur le compte de la ponction l'évolution favorable de la maladie.

G. Lyon.

Action exercée par l'hédonal dans les névroses traumatiques (*Deutsche Praxis*, 10 février 1902). — Meiztner, assistant de la clinique pour névroses traumatiques du Pr Windscheid (Stœtteritz près Leipzik), fait remarquer que les malades atteints de ces névroses représentent de bons sujets d'expérience, lorsqu'il s'agit d'étudier la valeur d'un hypnotique. En effet, que l'on se trouve en présence de l'exagération coutumière des hystériques ou de l'exagération intéressée de la victime d'un traumatisme, on verra, dans les deux cas, le sujet se plaindre de l'inefficacité de l'hypnotique administré, si ce dernier n'a pas une valeur indiscutable.

Les essais avec l'hédonal ont trait à 62 malades, dont environ 50 0/0 ont bien dormi après l'ingestion d'un gramme d'hédonal : cette dose n'a pas été dépassée. Sept malades se plaignirent d'un mauvais goût et de renvois acides après ingestion du remède.

On peut, en tenant compte des réserves ci-dessus, conclure en faveur de l'hypnotique nouveau.

E. Vogt.

Ophtalmologie

Dr E. KOPFF

Médecin oculiste de l'hôpital St-Joseph

Traitement des conjonctivites granuleuses par la médication iodée, par le Dr Melcomian (*Journal des Praticiens*, n° 5, p. 70, 1902). — Le Dr Melcomian préconise l'emploi de l'iode avec l'huile de vaseline ou la vaseline liquide comme véhicule :

Iode métallique.....	0 gr. 05
Vaseline liquide.....	10 gr.

Cette dose peut être diminuée chez les sujets dont les yeux sont particulièrement susceptibles, par augmentation jusqu'à 15 ou 20 gr. de la proportion de vaseline.

Après avoir bien savonné les mains, on nettoie les yeux du malade avec un tampon d'ouate imbibé d'une solution d'acide borique ordinaire ; puis on retourne les paupières qu'on confie à la main gauche, on enduit la pulpe du pouce droit avec le médicament et l'on frotte à plusieurs reprises les granulations avec le doigt chargé de la solution iodée.

Il est préférable de se servir du doigt, d'autant qu'avec le doigt on fait une sorte de massage des trachomes qui permet à la solution d'être mieux absorbée.

On répète matin et soir l'application du topique iodé et, au milieu de la journée, on en instille deux gouttes dans chaque œil comme topique ; l'irritation consécutive ne dure pas plus d'une demi-heure à une heure. Si la réaction est trop vive, on se trouvera bien de commencer le traitement par la pommade à l'oxyde jaune d'hydragyre à 1 0/0.

Le traitement doit être continué jusqu'à ce que le pannus disparaisse et que les paupières retrouvent leur souplesse et leur minceur normale. Il est bien supérieur au traitement par le sulfate de cuivre qui racornit la conjonctive.

G. Lyon.

Traitement de la conjonctivite granuleuse par l'Ichtargan, par le Dr W. Gortaloff (*Medicinische Central Zeitung*, n° 5, 1902).

L'auteur a traité simultanément et par des moyens différents des cas de trachôme d'une intensité à peu près identique. L'*ichtargan* en solution à 1 0/0 donna les meilleurs résultats, surtout dans les cas où la sécrétion était abondante. Déjà, le jour qui suivait le premier badigeonnage, la sécrétion était notablement moindre et les malades se sentaient réellement mieux. Les badigeonnages étaient faits au moyen d'un tampon de ouate enroulé au bout d'une tige de bois et bien imbibé de la solution d'*ichtargan* à 1 0/0. Les cas soignés avec le crayon au nitrate d'argent et les compresses chaudes furent bien moins rapidement améliorés ou guéris.

L'effet favorable de l'*ichtargan* est dû à l'action combinée de l'argent et de l'ichthyol, qui surajoutent l'action astringente à l'action antiseptique.

Dans une publication ultérieure, l'auteur publiera en détail les résultats comparatifs obtenus au moyen de l'*ichtargan* et des autres antitrachomateux ; mais il a cru de son devoir de formuler déjà aujourd'hui sa préférence marquée pour ce premier produit dans le traitement de la conjonctivite granuleuse et de ses complications.

A. Darier.

Traitement chirurgical de l'ectropion sénile par le procédé de Terson, par le Dr Antonio J. Alonso (*Anales de Oftalmologia de Mexico*, n° 7, 1901). — L'auteur a pratiqué sept fois l'opération avec bon résultat. Son travail s'accom-

pagne de l'histoire de la malade objet de la dernière intervention, et d'une photographie où l'on voit le magnifique résultat obtenu (femme de 60 ans avec ectropion sénile double).

Le procédé de Terson peut se diviser en deux temps : 1° Résection aussi complète que possible de la conjonctive hypertrophiée, respectant toutefois le canal lacrymal; 2° excision d'un triangle de peau et de muscle articulaire de dimension variable dont la base est perpendiculaire et très rapprochée de la commissure externe. L'opération se termine en suturant les bords du triangle.

Quelques jours avant l'opération on doit rétablir la perméabilité des voies lacrymales. D'après l'auteur, ce procédé est celui qui donne les meilleurs résultats esthétiques et fonctionnels.

F. Berini.

Technique de l'anesthésie par les injections de cocaïne en ophtalmologie, par le Dr Barraquez de Barcelone (*Archivas de ophtalmologia et hispano Americanos* décembre 1901). — Une solution à 1,5 0/0, bouillie immédiatement avant l'emploi, produit l'anesthésie complète et suffisamment longue pour les opérations, pourvu qu'on se conforme aux règles suivantes :

Chalazion. — A l'époque où l'on croyait qu'il s'agissait d'une tumeur kystique à énucléer, la cocaïne ne suffisait pas; aujourd'hui que nous connaissons la véritable nature du granulome, nous nous contentons du curettage, opération pouvant être faite après cocaïnisation par une première injection sous-cutanée et une seconde sous-muqueuse tout près du cul-de-sac, au niveau du bord adhérent du cartilage tarse.

Ectropion sénile. — L'excision d'une grande portion de la paupière inférieure et la suture d'après le procédé d'Adam, que l'auteur considère le meilleur, n'est pas douloureuse si on pratique une injection au bord de l'orbite et quelques autres à l'extrémité de la paupière.

Trichiasis. -- Deux injections par infiltration dans le tissu conjonctif sous-musculaire de la paupière séparant l'orbiculaire de la lame fibreuse, facilitent la dissection des deux plans dans lesquels on divise la paupière pour la transplantation ciliaire; on obtient en même temps l'anesthésie complète. Quand on opère par le procédé de Suellen et Panas, on doit faire l'injection au niveau du cul-de-sac.

Extirpation de la glande lacrymale. — Dans ces opérations, la cocaïne donne de brillants résultats : on fait une injection de dix gouttes de la solution dans la commissure externe, à deux centimètres de l'angle externe en se dirigeant vers l'orbite : l'anesthésie sera complète.

Extirpation du cul-de-sac conjonctival supérieur, râclage et scarification de la muqueuse. — Les injections tout le long du cul-de-sac le transforment en un bourrelet saillant dans lequel on voit très bien la région infectée, beaucoup mieux qu'avec tous les instruments proposés par les auteurs. Un autre avantage est que les tissus se dissocient, et acquièrent une certaine transparence faisant ressortir les granulations plus nettement. Le Dr Barraguez dit que si, dans un cas de cocaïnomanie par exemple l'usage de la cocaïne lui était interdit, il ferait des injections de sérum avant d'opérer.

Péritomie. — Si on la pratique quand la conjonctive est peu inflammée, la cocaïne supprime la douleur; mais, pendant les premiers jours de la conjonctivite blennorrhagique, quand les altérations de la cornée commencent, on obtient en plus de l'anesthénie, une diminution des mouvements de l'œil.

Dans la *ténotomie*, l'injection se fait le plus loin possible du tendon, tout le long du muscle.

Dans l'*énucléation*, après avoir séparé la conjonctivite et coupé les tendons, on fait deux injections sur les côtés du nerf optique, et l'anesthésie des nerfs ciliaires est complète.

F. Berini.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr Courtade

Ancien interne des hôpitaux

Traitement médical des végétations adénoïdes, par Dr Lapeyre (*Jour. de Médec. et chir. prat.*, janv. 1902). — Quand l'opération ne peut être pratiquée pour des raisons diverses, il faut employer le traitement médical qui peut faire disparaître les symptômes d'obstruction rhino-pharyngée.

Le seul médicament efficace est l'iode. Si, jusqu'à présent, les diverses préparations iodées n'ont pas donné de succès, cela tient à leur teneur insuffisante en iode.

L'auteur prescrit une teinture d'iode au 1/10e fraîchement préparée dont il donne, à des enfants de 3 à 5 ans, jusqu'à 30 et même 50 gouttes par jour, ce qui correspond à 0,10 centigr. d'iode métalloïdique. Ce n'est que par l'administration de pareilles doses que l'on peut espérer la guérison.

Lapeyre commence par 6 gouttes, 3 fois par jour, de teinture d'iode fraîchement préparée, donnée dans de l'eau sucrée, du lait etc., et il

augmente la dose d'une goutte chaque jour; au bout d'un mois l'enfant absorbe ainsi 48 gouttes, mais on peut monter jusqu'à 60 gouttes s'il ne survient pas des symptômes d'intolérance tels que : larmoiement, acné, coryza.

Chez l'adulte on peut facilement aller à 100ou 200 gouttes, c'est-à-dire une cuiller à café par jour de teinture d'iode au 1/10e (celle du codex est au 1/12e).

Le traitement de l'hyperplasie du tissu lymphatique du pharynx par l'iode a toujours été en honneur. Il y a déjà bien longtemps que Parrot prescrivait aux enfants lymphatiques un sirop contenant 6 gr. de teinture d'iode, 6 gr. d'iodure de potassium pour 250 gr. de sirop, dont il faisait prendre 20 gr. par jour contenant 0.05 centigr. d'iode. Pour M. Lapeyre, cette dose doit être double pour obtenir un résultat durable.

A. Courtade.

Traitement des otites moyennes et de leurs complications (*Medicinskoïe Obosrenie*, n° 10 1901). — Nemtschinoff préconise le traitement suivant: supprimer cataplasmes et tampons; pas de lavages abondants. Nettoyage de l'oreille avec des petits tampons d'ouate imbibés d'eau distillée et alcool parties égales. Instillation dans l'oreille de X à XV gouttes d'un mélange d'alcool à 50 0/0 et de phénol à 2 0/0. Après l'instillation sécher l'oreille avec un tampon d'ouate. Le liquide est laissé dans l'oreille deux à trois minutes. Ces instillations sont pratiquées d'abord tous les jours, ensuite d'une façon plus espacée. Ce traitement a donné parfois d'excellents résultats dans les otorrhées datant de plusieurs années. Si le traitement que nous venons de décrire a échoué, l'auteur emploie des injections phéniquées à 5 0/0; ces injections sont pratiquées dans le conduit osseux et dans les régions péri-auriculaires. La dose est d'une seringue pour les adultes ; pour les enfants la dose est moindre. Déjà trois minutes après l'injection, les sensations désagréables dans l'oreille et la tête disparaissent totalement et l'état général devient satisfaisant. Le lendemain, on observe une certaine transformation des tissus et les jours suivants on constate une augmentation de la sécrétion, mais celle-ci est devenue séreuse. A partir du quatrième jour la sécrétion commence à diminuer et au bout de 12 jours environ, elle disparait entièrement.

L'auteur n'a jamais été obligé de pratiquer plus de trois injections. Ce traitement exerce une action particulièrement favorable dans les inflammations aiguës suppurées de l'oreille moyenne : La température tombe rapidement, tous les autres phénomènes aigus disparaissent définitivement. Lorsqu'on intervient de bonne heure, il arrive que le tympan reste intact; dans d'autres cas — et c'est là majorité — la perforation se produit, mais le tympan finit par se cicatriser. La capacité auditive redevient normale.

L'auteur a appliqué ce traitement dans 36 cas d'otite (9 aiguës, 27 chroniques). Tous les cas étaient graves et dans tous il a obtenu une guérison rapide.

J. Roubleff.

Mastoïdite aiguë à forme récidivante guérie sans intervention, par Gouly (*Union médicale du Nord-Est*, novembre 1901). — Dans la grande majorité des cas le traitement de la mastoïdite doit être chirurgical. Lorsqu'un état grave, au point de vue de l'état général contre-indique l'opération ou lorsque le malade refuse celle-ci, il ne faut pas toujours désespérer du traitement médical.

M. Gouly cite à ce propos une observation intéressante : à la suite d'une angine grippale, M. X... est atteint d'otite moyenne suppurée et deux jours après de mastoïdite; les accidents cessèrent après un traitement méthodique de l'inflammation de l'oreille moyenne, mais ils ne tardèrent pas à reparaître.

Le patient, atteint d'une insuffisance aortique, refusa l'intervention proposée et on se borna à un traitement de l'otite qui amena une détente.

Un mois après le début des accidents, il existait un gonflement très prononcé de toute la région mastoïdienne avec effacement du sillon rétro-auriculaire, écartement du pavillon, douleur vive à la pression de la mastoïde, diminution de la suppuration, en un mot, tous les symptômes qui pouvaient justifier une intervention. Celle-ci fut de nouveau refusée; l'application d'un sachet de glace sur la région malade, les purgations répétées, les pédiluves chauds, sans préjudice du traitement de l'otite moyenne furent alors employés.

Les accidents de mastoïdite se dissipèrent graduellement au bout de trois semaines et la guérison ne tarda pas à devenir définitive.

Gouly fait remarquer avec raison que l'absence d'intervention opératoire a généralement pour conséquence la formation d'une fistule rétro-auriculaire ou des complications septiques. Cependant, chez le malade, l'évolution lente de l'affection, l'absence de douleurs spontanées au niveau de l'antre et la non fétidité du pus pouvaient permettre de porter un pronostic moins sombre et autoriser une temporisation prolongée.

Quoi qu'il en soit, ce cas est un exemple heureux qu'il ne faudrait pas prendre comme

modèle dans le pronostic et le traitement de la mastoïdite dans la généralité des cas.

A. Couriade.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr Morel-Lavallée

Médecin des hôpitaux

Note sur le traitement des altérations unguéales par la cautérisation ignée, par H. Fournier (*Journ. des mal. cut. et syphilitiques*, janvier 1902). — On connaît la situation des malades, porteurs de vieilles onychoses : ils vont de médecin en médecin chercher un remède à leur difformité, et rapportent de leurs visites ou de nouvelles formules bien inoffensives, ou des moyens de traitement si douloureux dans leur application qu'ils y renoncent au bout de peu de séances.

La principale des difficultés de la thérapeutique des onychoses consiste à préserver le patient du découragement qu'entraîne la prolongation de soins de toute heure et de chaque jour.

Qu'il s'agisse de psoriasis, ou d'eczéma ou de toute autre chose, quel que soit le degré ou l'aspect de l'affection, on éprouve presque toujours des difficultés insurmontables à en triompher, par les moyens actuellement connus, dans des délais avouables. Il est au surplus, fort difficile d'obtenir de beaucoup de malades l'attention nécessaire à un traitement constant, tandis qu'on peut les amener assez aisément à accepter une méthode thérapeutique qui n'est applicable qu'à des intervalles suffisamment éloignés pour ne pas les énerver et assez rapprochés pourtant pour qu'elle leur permette d'enregistrer des résultats plus rapides. Cette méthode, à la fois facile et à la portée de tous les praticiens, n'est autre que la cautérisation ignée.

L'auteur se sert, pour pratiquer les ponctions ignées, de la pointe fine du galvano-cautère, presque toujours seule, rarement bidentée. On peut, à la rigueur, faire usage de la pointe fine du thermo-cautère de Paquelin, mais on ne doit l'employer que dans le cas où, la source d'électricité venant à manquer subitement, on désire achever de toute façon le jour même l'opération commencée, car le rayonnement est véritablement trop fort, et il se produit plus souvent qu'avec le galvano de la périonychite et de la suppuration.

La pointe fine du galvano étant portée au rouge presque clair, on l'enfonce, en regard d'un des points où la lame cornée devient libre latéralement, dans le replis sous-unguéal à deux millimètres et demi ou trois millimètres de son bord libre, puis on pratique successivement d'autres piqûres en suivant toujours à cette même distance le rebord cutané du repli et jusqu'à ce qu'on ait abouti de l'autre côté de l'ongle au point symétriquement placé par rapport au point de départ.

L'ensemble des points scarifiés dessine une demi-circonférence plus ou moins régulière. Les scarifications doivent être espacées de deux à trois millimètres et faites assez profondément pour intéresser la matrice de l'ongle elle-même. C'est elle, en effet, qu'il s'agit d'impressionner afin de modifier sa vitalité et son inaptitude à fabriquer de la substance cornée normale.

C'est à son niveau que siège le reliquat inflammatoire qui est l'origine des lésions apparentes de l'ongle et c'est lui qu'il faut atteindre.

Cette application du galvano-cautère est généralement douloureuse, mais elle peut être précédée d'une anesthésie locale aussi complète qu'on peut la désirer avec un jet de chloréthyle. Cette anesthésie a même l'avantage de tendre le tissu, en massant en quelque sorte, la région à opérer, et la pointe du galvano y pénètre avec une plus grande facilité à la profondeur voulue.

Il faut éviter de chauffer à blanc la pointe du cautère parce qu'il est alors plus difficile de mesurer aussi exactement la portée de la pénétration et qu'on risque d'outrepasser un peu les limites nécessaires.

Les suites de la petite opération sont ordinairement simples. Le premier jour il y a un peu d'endolorissement de la région, endolorissement d'autant plus supportable qu'on a rarement à traiter tous les doigts d'une main, et que même dans ce cas on n'est jamais obligé de les traiter tous en même temps.

Il faut seulement recommander aux malades d'éviter de mettre les mains à l'eau pendant les premières 24 heures, et il est bon de maintenir les extrémités digitales abritées sous un bout de doigt de gant de peau légèrement gras.

Quelquefois on peut constater un peu de périonyxis ou de tourniole provoquée, mais celle-ci est très rapidemennt conjurée par l'application pendant quelques heures d'émollients et d'une poudre cicatrisante.

Il n'y a pas de règle fixe quant à la répétition des séances opératoires. L'auteur recommande à ses malades de ne revenir le voir que quand les croûtes sont sur le point de se détacher. On peut alors faire les nouvelles ponctions ignées

dans les intervalles de peau saine. Plus tard on peut faire dépasser à la cautérisation les limites de la première demi-circonférence. On a ainsi chance de cautériser successivement tous les points de l'aire malade.

Il est bien évident qu'une telle méthode n'est pas indifféremment applicable à toutes les inflammations unguéales. Elle ne peut être utile que dans celles qui ont leur point de départ dans une lésion matricielle de l'ongle.

Il n'est pas indiqué de l'employer dans les onychomycoses de date récente où le parasite ne s'est pas infiltré très profondément.

Les moyens topiques ordinaires, solutions iodée, iodurée, acide pyrogallique, chrysarobine, etc., après ramollissement ou décortication, sont alors généralement suffisants.

Le procédé de la cautérisation ignée n'est pas non plus nécessairement applicable aux onychoses passagères succédant à une dermite accidentelle comme celles qui peuvent se produire après une poussée d'engelure.

C'est dans les vieilles onychoses, dans les lésions invétérées que la méthode est appelée à rendre des services, qu'il s'agisse d'eczéma, de psoriasis, d'hypertrophie en masse de l'ongle, etc.

Les avantages de la méthode consistent dans son extrême simplicité, sa propreté, et par dessus tout dans le gain de temps qu'elle permet aux malades de réaliser et qui les engage à recourir à un traitement qui les délivre d'une infirmité susceptible de leur causer parfois, dans la vie courante, des désagréments.

E. Vogt.

Les fanghi di Sclafani, remède peu connu et très efficace de l'acné rosacea (*Wiener Klin. Wochenschrift*, n° 49, 1901). — Il s'agit de boues récoltées à Sclafani en Sicile, contenant du soufre en état de division extrême, que l'on utilise de la façon suivante: on place dans une tasse de porcelaine une pointe de couteau de cette boue, on y ajoute une cuillerée à café d'eau et on opère le mélange avec la pulpe du doigt: le liquide laiteux ainsi obtenu est ensuite étalé avec le doigt sur les points où existe de l'acné, au moment du coucher. Pendant la nuit, l'eau s'évapore et le matin la peau semble couverte de fard. On enlève le matin la poudre sans frotter. On continue ainsi jusqu'à guérison.

Il faut se servir plusieurs jours de suite du même mélange aqueux, car le mélange frais, appliqué tous les jours, irriterait trop la peau. Si la peau ne présente aucune réaction inflammatoire, on peut augmenter quelque peu la proportion de boue.

Le traitement dure de 15 jours à plusieurs mois, selon l'intensité de l'affection cutanée: on ne soumettra à cette médication que les formes du premier et du second degré.

La boue contient 80 0/0 de soufre, à un état de division tel qu'aucun procédé connu ne pourrait l'égaler. La boue renferme en outre de l'acide sulfurique libre, du sulfate d'alumine, du sulfate de fer, et une substance organique acide.

E. Vogt.

A propos d'un cas d'éléphantiasis des Arabes et de son traitement, par le Dr Aberastury (*Anales del Circulo Medico Argentino*, nos 7 et 8, 1901). — L'auteur estime, en se basant sur la pathogénie de cette maladie, qu'il existe deux moyens thérapeutiques, non encore employés jusqu'ici, qui sont très indiqués. Le sérum antistreptococcique, employé en quantité convenable, peut stériliser le terrain éléphantiasique et supprimer les effets morbides directs de l'élément causal, quand l'éléphantiasis est déjà constituée, et en empêcher le développement quand les accès érysipélateux à répétition commencent à se manifester.

L'autre moyen, non encore employé jusqu'ici, est la médication thyroïdienne. Les raisons de son application dans l'éléphantiasis sont les similitudes histo-pathologiques notables qui existent entre la pachydermie éléphantiasique et la myxœdémateuse.

L'observation qui termine ce travail démontre les bons effets obtenus. La malade prit pendant plusieurs jours deux tablettes de thyroïdine, correspondant à 40 centigrammes de glande fraîche, et cela sans modification dans la courbe thermique, ni dans le pouls, etc. L'amélioration fut évidente. La quantité de glande thyroïde, fraîche fut augmentée jusqu'à 2 grammes par jour.

Les injections de sérum Marmoreck à la dose de 30 centigrammes furent faites pendant quelques jours sans la moindre réaction inflammatoire ou douloureuse dans le point injecté.

L'auteur, en présence des bons résultats obtenus dans ce cas, croit pouvoir affirmer qu'il réussira à sauver la jambe malade qu'un chirurgien connu voulait amputer.

F. Berini.

L'acide picrique dans les arthrites blennorrhagiques, par le Dr Mathias Duque (*Archivos de la Sociedad de Estudios clinicos de la Habana*, 1901). — L'auteur a employé la méthode le plus souvent chez la femme ; il se sert du dispositif suivant : il prépare une solution d'acide picrique dans l'eau distillée à 1/2, 1 ou 2 0/0. Chez quelques malades, la solution peut provo-

quer de la cuisson au moment d'uriner. La solution faite, l'auteur désinfecte la sonde et la seringue de l'instillateur Guyon et les remplit de la solution d'acide picrique. Le malade est placé sur la table d'opérations, en position gynécologique, ayant uriné avant : on introduit la sonde jusqu'au col de la vessie et on instille six gouttes, ensuite on retire lentement la sonde et en même temps on instille quelques gouttes dans le canal : de cette façon, la muqueuse est imprégnée de la solution.

On ne fera pas l'injection dans la vessie pour ne pas y porter des germes provenant de l'urèthre, et en même temps pour que la solution ne se mélange pas avec l'urine, car alors son effet est amoindri.

Cette opération est faite une fois par jour et les douleurs que le malade ressent sont supportables et toujours moindres que celles produites par le nitrate d'argent, le bichlorure de mercure et même le protargol ; elles ne durent pas plus de deux ou trois minutes.

Dix-sept femmes et un homme ont été traités par l'auteur, qui émet les conclusions suivantes : l'acide picrique appliqué au traitement des uréthrites blennorrhagiques produit une guérison radicale : la durée de la maladie est en moyenne de quinze à vingt-cinq jours.

Parmi tous les traitements employés à l'Hôpital d'Hygiène, il est, pour l'auteur, le plus efficace et le plus commode pour le médecin et le malade lui-même.

Dans les proportions indiquées (40 à 60 gouttes), les instillations ne produisent jamais de complications.

F. Berini.

Onguent mercuriel modifié, par Desterbucher, (*Soc. dermatologique de Berlin*, 7 janvier 1901). — On saponifie 1000 grammes d'huile au moyen de lessive concentrée de potasse, en ajoutant de l'alcool et on incorpore peu à peu 1000 grammes de mercure et 1000 grammes de suif. On obtient ainsi un onguent plus maniable et moins salissant que l'onguent napolitain classique, ne provoquant aucune dermatite ou stomatite, et possédant les mêmes propriétés thérapeutiques.

Dans la discussion qui a suivi cette présentation, on a fait ressortir que l'absence de stomatite parlait sans doute en faveur d'une action thérapeutique peu marquée. Il n'y a pas lieu, d'un autre côté, de donner la préférence à un onguent moins salissant que la préparation classique, car le fait que des parcelles de celle-ci restent adhérentes à la peau favorise l'absorption pulmonaire des vapeurs de mercure que ces parcelles émettent.

E. Vogt.

Traitement du psoriasis, par Henry Bernard (*Journal des Praticiens*, n° 4, p. 52, 1902). — Le traitement local doit réaliser deux indications : d'abord décaper le psoriasis, ensuite le modifier.

Le décapage des squames est obtenu assez facilement par des onctions avec un corps gras quelconque (axonge, lanoline, vaseline) et quelques bains amidonnés, ou, si les squames sont plus adhérentes, au moyen de l'action combinée des bains et des savonnages avec le savon ordinaire, le savon noir (savon mou de potasse) ou le savon au goudron. Les bains de vapeur sont également un bon moyen (Gaucher).

De tous les topiques modificateurs, le plus fréquemment employé est encore l'huile de cade vraie, provenant de la distillation du bois de genévrier. L'huile de cade fait disparaître les placards en quatre à six semaines en moyenne, mais elle a l'inconvénient d'avoir une odeur empyreumatique désagréable et une coloration brun noirâtre révélatrice, d'exercer une action caustique sur le linge.

Le procédé d'application le plus simple consiste dans l'emploi des badigeonnages journaliers avec l'huile diluée dans le glycérolé d'amidon :

Glycérolé cadique faible de Vidal :

Huile de cade.....	15 grammes.
Extrait fluide de Panama.....	QS. pour émulsionner
Glycérolé d'amidon.	90 grammes.
Essence de girofle,.	QS.

Glycérolé cadique fort de Vidal :

Huile de cade.....	50 grammes.
Extrait fluide de Panama.	5 —
Glycérolé d'amidon.....	45 —
Essence de girofle.....	QS.

L'huile de cade devant rester en contact avec les plaques psoriasiques aussi longtemps que possible, on conseille de faire porter au malade, directement sur la peau, un vêtement complet de flanelle qui doit être porté longtemps sans être lavé.

On a encore incorporé l'huile de cade à un collodion formant pellicule, ou à un emplâtre.

Le collodion doit être du collodion à l'acétone (8 à 10 grammes de fulmicoton dans 90 ou 92 grammes d'acétone); dans ce collodion on incorpore l'huile de cade dans la proportion de 1/4 ou 1/3.

Dans les psoriasis très étendus, M. Balzer emploie des bains journaliers ainsi composés :

Huile de cade pure....	50 grammes.
Teinture de quillaya...	30 —

Pour un bain.

A l'huile de cade on peut associer l'acide salicylique dans la proportion de 1/20 à 1/40.

(Brocq)

Huile de cade pure....	30	grammes.
Glycérolé d'amidon...	50	—
Acide salicylique.....	2 à 5	—

L'acide chrysophanique a une action énergique sur le psoriasis, mais il est très caustique et présente l'inconvénient de teinter la peau en violet et les poils en jaune. On peut l'appliquer en pommade à 15-25 0/0, ou mieux sous forme de collodion ou de traumaticine:

Acide chrysophanique....	àà 1 gr.
Gutta-percha.....	
Chloroforme.....	9 gr.

La chrysarobine possède les mêmes inconvénients que l'acide chrysophanique; on l'emploie surtout sous forme de traumaticine à 1/20 ou 1/10 ou de crayon contenant 1/3 de chrysarobine. (Hallopeau)

L'acide pyrogallique, en raison de sa grande toxicité, ne peut être appliqué que sur des plaques discrètes. On l'incorpore à une pommade (à 5 ou 10 0/0), soit à une traumaticine.

Il faut éviter d'appliquer ces derniers médicaments sur des surfaces excoriées ou à proximité des muqueuses. Contre le psoriasis capitis et celui de la face, on emploiera les onctions avec la pommade salicylique ou la pommade au calomel à 1/10 ou 1/20, ou la pommade au naphtol à 1/20.

Le psoriasis unguéal sera parfois heureusement modifié par l'application journalière, dans la rainure unguéale, d'une goutte de solution alcoolique d'acide salicylique à 1/10.

Dans le psoriasis aigu, il faut se borner aux applications d'enveloppements humides permanents ou de pommades inertes et, concurremment, employer les grands bains tièdes; plus tard, on emploiera des pommades modificatrices faibles: pommade salicylique à 1/50, pommade naphtolée à 1/10, etc.

Le traitement général comporte des indications différentes suivant le terrain. Aux arthritiques on peut donner des alcalins, du salicylate de soude etc., aux strumeux de l'huile de foie de morue, de l'iodure de fer; aux nerveux du bromure de potassium, du valérianate d'ammoniaque.

L'arsenic passe pour agir directement sur le psoriasis. On emploie la liqueur de potasse à doses progressivement croissantes (II à XV gouttes par jour), avec des intervalles de repos de 8 à 15 jours par mois. Le cacodylate aurait la même influence.

Acide cacodylique neutralisé.....	2 gr. 50	
Rhum.....	20	grammes.
Sirop de sucre.....	20	—
Essence de menthe.....	II	gouttes.

(Danlos)

Chaque cuillerée à café contient 0 gr. 125 d'acide cacodylique; une à deux cuillerées à café par jour.

L'arsenic est contre-indiqué dans les poussées aiguës de psoriasis.

Le traitement diététique a une grande importance ; il faut éliminer du régime les aliments épicés, fermentescibles, et surtout l'alcool.

L'hydrothérapie tiède est un bon adjuvan du traitement. Il est bon d'augmenter la transpiration cutanée à l'aide de vêtements chauds (Gaucher).

G. Lyon.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté.

Contribution à l'étiologie de l'hématurie, par Triolo (de Tunis) (in *Journal des praticiens*, 1902, p. 30). — C'est l'histoire d'un malade de 61 ans, atteint depuis longtemps de fièvres paludéennes avec violentes douleurs aux membres inférieurs qui présenta de l'hématurie continuelle, vérifiée au microscope. Le diagnostic général fut polynévrite des membres inférieurs d'origine palustre, dont l'hématurie n'était qu'une nouvelle manifestation due à l'altération palustre du système nerveux du rein. La quinine et l'arsenic (quinine 1 gramme, liqueur de Fowler XV gouttes par jour) firent cesser au bout de 6 jours l'hématurie et au bout de 20 jours les autres troubles.

E. Chevalier.

Traitement chirurgical de quelques albuminuries fonctionnelles, par le Dr Serralloch (*Revista de Ciencias Medicas*, jan. 1902). — En présence des bons résultats obtenus aujourd'hui avec les interventions rénales et de la connaissance que nous possédons de l'état de la fonction rénale et du fonctionnement de chaque rein en particulier, on peut faire une minutieuse étude de chaque cas pour décider d'une intervention avec beaucoup de chances de réussite ou s'abstenir de toute intervention et éviter ainsi une issue fatale. L'auteur propose, en conséquence

l'intervention dans le mal de Bright, en s'appuyant sur les phénomènes capitaux qui sont l'action perturbatrice du rein malade sur le rein sain et son action favorable quand il se régénère à la suite de l'intervention.

Par la néphrostomie, on peut suspendre temporairement les fonctions du rein et, par la néphrectomie, les supprimer complètement; l'auteur croit donc qu'en présence d'un albuminurique on doit faire une recherche approfondie du fonctionnement rénal et, une fois celui-ci bien connu, intervenir comme il convient. Si les deux reins sont malades, on doit laisser le malade avec sa lésion; mais si l'un est beaucoup plus malade que l'autre, on doit le néphrostomiser et attendre que l'autre rein se modifie; si tel est le cas, et que le rein opéré continue à rester albuminurique, on l'extirpera pour l'empêcher d'influencer par voie réflexe l'autre rein qui se sera régénéré. Si la lésion est unilatérale, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est la néphrectomie. Si l'albuminurie est causée par une ectopie rénale, la néphropéxie guérira la maladie.

F. Berini.

Traitement électrolytique des rétrécissements blennorrhagiques de l'urèthre (*Thérapeutique Moderne russe*, n° 9, 1901). — Roubtj ayant employé le traitement électrolytique dans quatre cas où le rétrécissement de l'urèthre était très prononcé, arrive à la conclusion que ce procédé est applicable même dans les rétrécissements chroniques et qu'il constitue, aussi bien que la dilatation méthodique, un procédé absolument sans danger.

L'auteur n'a jamais observé ni cautérisations ni complications. Toutes les variétés de l'électrolyse, linéaire ou autres, ont leurs avantages et sont applicables dans des cas déterminés. Le traitement par l'électrolyse donne des résultats aussi durables que les autres procédés. La dilatation méthodique par des bougies ou mieux encore par les Beniqué est tout à fait indiquée et constitue un excellent adjuvant dans le traitement consécutif à l'électrolyse.

J. Roubleff.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. Blondel,

Chef du Laboratoire de la Maternité,

à l'hôpital de la Charité

Les hémorragies par rupture de la trompe utérine gravide, par M. Lejars (*Gazette des hôpitaux*, 16 janv. 1902). — Cette étude, très développée, sous forme de clinique chirurgicale, ne contient guère d'éléments nouveaux dont on puisse faire mention. La conclusion générale, avec observations à l'appui, est que la *laparotomie* s'impose dans tous les cas dits *cataclysmiques*, et aussi dans les *hématocèles à poussées*, où le sérum ne relève que momentanément le pouls des patientes, les signes d'anémie aiguë continuant à se manifester. On doit réserver la *colpotomie* pour les hématocèles suppurées du cul-de-sac de Douglas faisant saillie dans le vagin. Ce sont des abcès rétro-utérins, à inciser au point déclive comme tous les abcès. La technique de l'opération abdominale est ainsi fixée; c'est dans la position horizontale qu'il convient de décoller l'épiploon et de tarir l'hémorragie, après avoir vidé l'énorme quantité de caillots qui, dans la règle, remplissent le ventre. Puis on prend la position déclive, pour libérer et extraire le kyste fœtal. L'*hémostase*, qui est le but de l'opération, se fait par l'extraction de la trompe rompue; le ligament large est saisi et sectionné; la corne utérine, qui fait parfois partie intégrante de la tumeur, peut être entamée, quitte à faire une suture interstitielle en capitonnage et un surjet superficiel pour fermer la brèche. Il ne faut pas s'acharner à gratter les caillots qui encroûtent le fond de la cavité et les parois intestinales elles-mêmes; on assèche seulement avec soin et, si cela paraît nécessaire, on draîne. Les malades n'en guérissent pas moins bien.

A. Benoit.

Est-il permis de masser dans les affections des trompes, par Palm (*Rev. de Cinésie*, 20 février 1902. — L'auteur recommande le massage comme méthode de traitement des lésions annexielles. Dans la salpingite catarrhale, il a, après quelques séances de massage, obtenu la disparition de douleurs excessivement vives, causées par la participation du revêtement péritonéal.

Dans un cas compliqué de grossesse, les douleurs cessèrent après dix séances de massage, la grossesse évolua sans encombre; elle est arrivée aujourd'hui au septième mois. Dans divers cas semblables, l'auteur n'eut jamais ni avortement, ni accouchement avant terme.

L'auteur a eu également l'occasion de se convaincre de l'efficacité du massage dans l'hydrosalpingite. Chez une malade atteinte de cette affection, il fit du massage et des lavages ultra-utérins. Les règles survenant, il continua le massage, comprimant surtout les trompes pour favoriser l'expulsion de leur contenu. Après les menstrues, un écoulement jaune-citrin dura quelques jours. Repos pendant 10 jours. Les trompes étant restées grosses et le toucher

douloureux, reprise du massage. Quatre jours plus tard, disparition de la douleur et de l'engorgement.

Au moyen du massage, l'auteur vit aussi disparaître un kyste tubo-ovarien du côté gauche, associé à de l'endométrite chronique et à de la paramétrite droite. Après 4 semaines de traitement, il n'était arrivé à aucun résultat, aussi se résolut-il à essayer de rompre le kiste. Après 50 séances, la tumeur était disparu. La tumeur mesurait environ 10 centimètres de diamètre ; la résorption s'opéra sans que la malade s'en rendit compte. D'ordinaire, le kyste ne se rompt pas sous la main qui masse, mais seulement quelques heures après la séance du massage.

Dans un cas de pyo-salpingite; après neuf mois de massage, disparition de la collection purulente ; la malade cessa de venir. Plus tard, la trompe se remplit à nouveau de pus.

Dans des cas pareils, il faut attendre au moins trois mois avant de commencer le massage et faire prendre soigneusement la température, de façon à interrompre le traitement à la moindre ascension thermique.

Après 3 mois, s'il n'y a pas de fièvre, on peut commencer à masser si l'affection est d'origine, Peut-être faut-il être encore plus prudent dans les salpingites suppurées dues à une invasion de streptocoques, staphylocoques ou bien du bactérium coli commune. Si on suspecte une lésion tuberculeuse, s'abstenir du massage.

Le massage des trompes s'exécute de la périphérie pelvienne vers l'utérus pour que les liquides collectés puissent être évacués par les voies naturelles. Au niveau du pavillon, éviter toute pression énergique.

En suivant ces règles, en massant légèrement, surtout au début, on peut, même dans les affections aussi sérieuses que le sont les salpingites suppurées, mettre en œuvre le procédé de Thure Brandt, sans courir de danger. Il va sans dire qu'il est, dans ce cas, absolument nécessaire de posséder à fond la technique du massage.

E. Vogt.

Traitement du cancer de l'utérus par le carbure de calcium, par le Dr Eurell (*Instituto Medico Farmacéutico*, Barcelone, 20 janvier 1902). — L'auteur présente deux cas de cancer de l'utérus traités par le carbure, dont les résultats ont été assez satisfaisants, surtout en ce qui concerne l'hémorragie.

La technique employée a été la suivante : irrigation vaginale, suivie de l'introduction de petits morceaux de carbure dans le col (s'il existe encore) et tout autour : on laisse s'échapper un peu de gaz et on termine par un tamponnement : la malade ressent un peu de cuisson qui se calme au bout de deux heures. Au bout de deux ou trois jours, on enlève le pansement et, avec la curette on retire tout le carbure restant ; on attend ensuite quelques jours et si l'hydrorrhée, la métrorrhagie ou la douleur reparaissent, on renouvelle le pansement.

F. Berini.

L'ergotine, médicament prophylactique et spécifique de la fièvre puerpérale (*Therap. Monatshefte*, février 1902). — Solt estime que, pour le praticien qui opère à la campagne, l'ergotine représente un médicament précieux dans le traitement de la fièvre puerpérale : sous son influence, les espaces lymphatiques de l'utérus se resserrent, et les tissus plus compacts, moins infiltrés, forment une barrière que l'infection franchira plus difficilement. Après épuisement de l'effet médicamenteux, l'utérus ne revient toutefois pas au volume qu'il présentait avant l'administration d'ergotine. Quand la malade présente déjà de l'hyperthermie, l'ergotine combat cette dernière.

Pour s'opposer à la résorption de produits purulents, l'auteur administre l'ergotine dans toutes les affections où il craint cette résorption (abcès, phlegmons pyémiques, etc.). Le médicament présentant en même temps des propriétés toniques, il serait préférable d'injecter, au lieu de sérum physiologique, de l'ergotine aux individus cachectiques devant subir une intervention opératoire.

L'auteur dispose d'une trentaine de cas de fièvre puerpérale traités par l'ergotine : parmi eux, il en est plusieurs de fort graves, où l'intervention fut tardive. Une seule fois, un traitement consécutif par les tampons ichthyolés et les bains fut nécessaire pour amener la résorption d'exsudats paramétriques. Tous les cas ont guéri.

Après les accouchements normaux, l'auteur administre 6 poudres de seigle ergoté de 0,6 (2 à 3 poudres par jour). Si au contraire il y a eu des complications, de la fièvre, il donne 3 fois par jour 10 à 20 gouttes du mélange suivant :

Ergotine.....	àà	5 grammes
Eau distillée.....		
Teinture amère.....		15 —

E. Vogt.

Pharmacologie

D' E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genevè

Suppositoires nouveaux à base de lanoline paraffinée, par M. CROUZEL, (*Répertoire de pharmacie*, 10 janvier 1902.) — Tous les praticiens connaissent les difficultés que présente la préparation des suppositoires de beurre de cacao additionnés d'une substance médicamenteuse quelconque. Les substances qu'on mélange d'habitude aux suppositoires sont d'autant plus difficiles à y incorporer convenablement que leurs propriétés physiques sont plus éloignées de celles du beurre de cacao. Les extraits sont spécialement rebelles à un mélange homogène, parce qu'ils sont insolubles dans le corps gras et aussi parce que, pendant la préparation, le mélange est soumis à la chaleur qui agglutine davantage leurs molécules. Il en résulte une répartition irrégulière de la substance médicamenteuse, ce qui est peu favorable à l'action thérapeutique du médicament.

L'auteur propose en conséquence une formule qui permet d'obtenir, avec la plus grande facilité, des suppositoires très homogènes et susceptibles de renfermer de *très fortes doses* de principes actifs médicamenteux (extraits, alcaloïdes, sels minéraux ou organiques, poudres végétales, etc.)

On peut confectionner, par le même procédé, des suppositoires vaginaux, des ovules, de forme et de volume variés.

La proportion de principes actifs (solubles dans l'eau) qu'il est possible d'incorporer facilement dans ces suppositoires sera calculée en prenant pour base la donnée suivante : la *lanoline anhydre absorbe son poids d'eau, ou son poids de solutions salines saturées, ou encore de solutions d'extraits végétaux.*

Le médecin peut donc graduer les doses avec la certitude que le remède pourra être préparé de façon irréprochable.

La formule suivante réalise tous les desidérata indiqués :

Paraffine.....	1
Lanoline anhydre.....	3

E. VOGT.

Accidents déterminés par les sels de quinine, (*Thérapeutique Moderne russe*, n° 11, 1901). — GORBATSCHEFF rapporte six cas où, à la suite de l'administration de 0,30 centigrammes de quinine, sont survenus rapidement les accidents suivants : *a*) affection cutanée, une sorte de dermatite exfoliatrice généralisée grave; *b*) accidents analogues sur des muqueuses buccale, nasale et oculaire; *c*) élévation considérable de température précédée d'un frisson intense, d'excitation psychique passagère avec troubles de conscience; faiblesse persistant pendant plusieurs jours.

L'auteur attire l'attention sur la nécessité de s'assurer en premier lieu de la pureté du médicament. Il insiste également sur ce point qu'il faut toujours commencer par de petites doses. En outre, il ne faut pas oublier que la quinine est mieux supportée en solution qu'en poudre, et qu'elle est mieux supportée par des malades alités.

J. ROUBLEFF.

La saignée, par le Dr. B. ROBERT (*Medicina y Cirugia*, 30 janvier 1902). — Après un historique des diverses phases par lesquelles a passé la saignée, le Dr Robert donne la technique opératoire et les divers points du corps où on peut la pratiquer (pli du coude, moyenne céphalique, moyenne basilique, saphène interne et salvatelle), car aujourd'hui on admet que sa véritable action s'exerce sur la pression cardio-vasculaire : on n'admet plus l'action révulsive ou dérivatrice. Il est donc indifférent de la pratiquer dans un endroit plutôt que dans un autre.

Quels sont les effets physiologiques et thérapeutiques de la saignée? Son action physiologique variera suivant la quantité de sang retirée. Les auteurs sont unanimes pour affirmer qu'un des effets immédiats de la soustraction du sang est la diminution de pression cardio-vasculaire, diminution proportionnelle à la quantité de sang retirée. D'après les lois de Marey, à mesure que la pression diminue, le rhytme cardiaque s'accélère, le pouls faiblit et devient plus rapide. Si la saignée est copieuse ou répétée fréquemment la syncope peut survenir, car l'excitation bulbaire est d'autant plus forte que la soustraction de sang est plus accentuée et un spasme réflexe avec arrêt du cœur peut survenir.

La saignée abaisse en outre la température du corps. Cette hypothermie pourrait faire supposer que les oxydations diminuent aussi, mais les dernières expériences prouvent le contraire, à condition que la quantité de sang soustraite ne soit pas excessive (Robin, Bouchard).

Avec la saignée le nombre de globules rouges diminue, mais par contre la désintégration des hématies est moindre et elles conservent plus longtemps leur intégrité: les leucocythes augmentent aussi d'une manière transitoire.

Un autre fait à remarquer est que certains animaux, après une saignée et à mesure que les globules rouges diminuent et le sang se rap-

proché du sérum, deviennent réfractaires aux actions microbiennes.

En résumé, les effets de la saignée correspondent à la quantité de sang retirée et, si on laisse au sang le temps pour se reconstituer, il se développera une certaine action nutritive cellulaire, bien que la saignée déprime le cœur et la fonction respiratoire. Des globules nouveaux se formeront, et l'albumine et le sérum retrouveront leurs proportions normales; la quantité d'urée et d'acide carbonique excrétée augmentera en même temps que le pouvoir bactéricide du sang.

F. Berini.

Nouvelles expériences concernant les électrodes en fer, par Bang (*Deutsche med. Wochenschrift*, 9 janvier 1902). — L'auteur, au moyen de ses électrodes en fer (*v. cette Revue* 1901, p. 716) arrive à obtenir une lumière extrêmement riche en rayons ultra-violets. L'action bactéricide est forcément plus rapide qu'avec les lampes à arc ordinaires : en quelques minutes, à la distance d'un mètre, la lampe nouvelle provoque un érythème sur la peau du visage. L'absorption des rayons ultra-violets est très intense et leur pénétration peu marquée, ce qui explique sans doute l'apparition si rapide de l'érythème.

La nouvelle lampe de Bang permet en conséquence d'obtenir d'une façon simple, rapide et fort peu dispendieuse, une réaction cutanée intense et une action bactéricide superficielle parfaite. Elle satisfait, par conséquent, à d'autres indications que l'appareil de Finsen et ses dérivés, qui continueront à régner dans le domaine des affections situées en profondeur. (lupus, par ex.).

E. Vogt.

Essais de radiothérapie, par Oudin (*Soc. franç. d'électrothérapie*, 16 janvier 1901). — On sait aujourd'hui que l'action nocive des rayons X est proportionnelle à leur intensité, à leur pouvoir de pénétration, à la durée de leur action, et inversement proportionnelle à la distance de la source aux téguments.

Si donc on pouvait mesurer, approximativement tout au moins, l'intensité et le pouvoir de pénétration, on aurait des éléments de connaissance suffisants pour aborder des essais de radiothérapie, en se plaçant dans des conditions à peu près constantes, déterminées à l'avance, et laissant le moins de chances possible à des risques de danger.

Peut-on produire des rayons plus ou moins pénétrants, plus ou moins abondants ? L'abondance, l'intensité de la source seront proportionnelles à l'intensité du courant, et, l'intensité est toujours donnée par l'ampèremètre intercalé dans le circuit primaire.

Il existe en outre, certainement, un rapport entre le rendement total d'une bobine et la rapidité des intermittences; on peut dire que plus les intermittences sont fréquentes, plus la tension à l'induit baisse, toutes choses restant égales, d'ailleurs.

Dans l'ignorance où l'on est aujourd'hui, des lois qui régissent le rendement, on ne peut que conseiller aux opérateurs de bien spécifier, dans leurs observations, la nature de l'interrupteur qu'ils emploient, et le nombre approximatif des intermittences.

Le pouvoir de pénétration des rayons est beaucoup plus facile à déterminer que leur quantité, qui reste encore un peu une inconnue. Pour le déterminer, de nombreux instruments ont été créés jusqu'aujourd'hui. Celui qui semble approcher le plus près de la solution est le dernier venu, le radiochronomètre de Benoist.

On se trouve donc en possession d'une source d'énergie dont on peut régler l'intensité et la maintenir à volonté au même degré, pendant le temps qu'on voudra : on peut même, dans une certaine mesure, lui maintenir un degré de pénétration tel qu'on la fasse agir plus ou moins profondément sur les tissus.

Quand on voudra faire de la radiothéraphie et utiliser l'action des rayons X, il faudra en produire le plus possible et se mettre dans des conditions telles que ces rayons aient sur la peau l'action la plus puissante possible : on rapprochera autant qu'on le pourra, l'ampoule des téguments, jusqu'au point minimum où on ne pourra pas avoir d'étincelle dérivée frappant le malade, et où le cône des rayons X produits couvrira toute la surface à traiter. Dans presque tous les cas, avec une ampoule demi-molle qui est surtout à recommander puisqu'elle est la plus riche en rayons X, on peut s'approcher de la peau de 3 à 5 centimètres, et on sera sûr ainsi d'utiliser, autant qu'on le peut, l'énergie produite.

Mais nécessairement, dans ces conditions, il faut réduire à l'extrême les temps de pose, et les compter par secondes et non plus par minutes comme on le faisait, en en augmentant progressivement la durée jusqu'à un maximum de 4 à 5 minutes, qu'on ne devra jamais dépasser.

Tous les observateurs se plaçant ainsi dans des conditions constantes, les résultats obtenus pourront se contrôler facilement et le manuel opératoire se préciser de plus en plus. Ce

n'est qu'à ce prix que la radiothérapie fera de réels et rapides progrès.

En résumé, pour un traitement radiothérapique quelconque, l'auteur propose ceci :

1° Choisir une ampoule plutôt molle, répondant par exemple à 5 centimètres d'étincelle, si on a à traiter une affection superficielle : une ampoule plutôt dure de 8 centimètres d'étincelle pour une affection profonde ;

2° Garantir les régions à protéger par un masque de plomb ou d'étain relié à la terre ;

3° Placer l'ampoule de 3 à 5 centimètres de la peau ;

4° La première séance sera d'une minute, la deuxième d'une minute et demie, la troisième de deux minutes, et ainsi de suite, en augmentant la durée des séances de 30 secondes par jour ;

5° Quand on aura atteint ainsi 5 à 6 minutes, on se tiendra à ce chiffre jusqu'au 20e jour ;

6° A la moindre apparition d'érythème ou de démangeaisons, interrompre le traitement jusqu'à ce que ce symptôme ait complètement disparu ;

7° Reprendre le traitement avec une pose de 3 minutes en moins que celle qui aura amené l'érythème, et ne jamais revenir au temps qui l'aura produit, si on traite une affection superficielle ; y revenir au contraire lentement pour une affection profonde, mais s'arrêter de nouveau dès qu'apparaîtra l'érythème ;

8° On veillera avec soin pendant toute la durée du traitement avec l'osmo-régulateur et le spinthermètre, à ce que le rendement en rayons X reste constant.

E. Vogt.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Conférences de clinique thérapeutique. — M. H. Huchard a commencé ses conférences de Cliniques thérapeutique et de Thérapeutique physiologique, avec présentation des malades, le *vendredi 14 février, à dix heures très précises*, à l'amphithéâtre Laënnec de l'hôpital Necker, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

La ligue contre la mortalité infantile. — Il vient de se fonder à Paris, sous le titre de : *Ligue contre la mortalité infantile*, une société d'études, de propagande et d'action, destinée à combattre par tous les moyens possibles, la mortalité excessive et évitable des enfants du premier âge.

La *Ligue contre la mortalité infantile* se propose de provoquer la création ou de favoriser le développement des œuvres d'initiative privée sur tous les points du territoire où l'examen des statistiques lui en démontrera la nécessité.

La ligue se propose de faire appel, s'il y a lieu, à l'intervention des pouvoirs publics; elle a notamment l'intention de rechercher, avec le concours des administrations et des médecins, les causes de l'excès de mortalité infantile dans un grand nombre de localités; elle préconisera, suivant les résultats de ces enquêtes locales, les différents moyens à employer ; elle se mettra à la disposition des municipalités et des initiateurs pour aider à la fondation de refuges-ouvroirs, de maternités hospitalières, de sociétés d'assistance maternelle à domicile, de mutualités maternelles, de secours d'allaitement maternel, de consultations de nourrissons, de gouttes de lait, de crèches et dispensaires, de patronages, etc., pour propager et faciliter la distribution de lait stérilisé, pour organiser des conférences d'éducation maternelle; en un mot, pour coopérer à toutes les institutions et œuvres ayant pour but la protection des mères nécessiteuses et des nourrissons élevés dans leurs familles, placés en nourrice, protégés, secourus, assistés.

La Ligue fera tous ses efforts pour répandre les notions d'hygiène infantile et d'élevage rationnel des enfants du premier âge; elle centralisera tous les documents français et étrangers y relatifs; elle publiera des notices et des brochures ; elle répondra à toutes les demandes de renseignements ; elle prendra, en un mot, toutes les mesures utiles de propagande et de vulgarisation.

Parmi les premiers adhérents, nous relevons les noms de :

MM. le prince d'Arenberg, député, président de la Société Philanthropique; Dr Budin, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de Médecine; Paul Strauss, sénateur; L. Bruyère, membre du Conseil supérieur de l'Assistance

publique de France; Dr Fournier, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de Médecine; Duclaux, membre de l'Académie de Médecine, directeur de l'Institut Pasteur; Jonnard, député, ancien gouverneur de l'Algérie; Josias, médecin de l'hôpital Bretonneau; Dr Léon Labbé, sénateur; Sabran, président du Conseil d'Administration des Hospices à Lyon; Charles Risler, du VIIe arrt de Paris; membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris; Théophile Roussel, sénateur; Dr Grancher, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de médecine; Dr Variot, médecin de l'hôpital des Enfants Malades.

Le comité d'initiative a constitué un bureau ainsi composé :

Président : M. Th. Roussel; vice-présidents : MM. Paul Strauss et Pierre Budin; secrétaires : MM. les Drs Josias et Variot; trésorier : M. le Dr Henri de Rothschild.

Toutes les demandes d'adhésions et de renseignements peuvent être adressées au Siège social de l'œuvre, 7, rue Mondovi.

BIBLIOGRAPHIE

La Gastro Entérostomie, *Symptômes diagnostic des rétrécissements du pylore*, par Bourget, professeur de clinique médicale à l'Université de Lausanne; *Indications chirurgicales et manuel opératoire*, par Roux, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Lausanne. Une brochure gr. in-8° (n° 28 de l'*Œuvre médico-chirurgical*). Masson et Cie, Éditeurs, 1 fr. 25.

La monographie de MM. les professeurs Bourget et Roux constitue dans la collection du Dr Critzman une très heureuse innovation. En effet, si le diagnostic et les médications thérapeutiques de certaines gastrites et des rétrécissements du pylore appartiennent au médecin, l'étude de l'intervention opératoire est du domaine exclusivement chirurgical. Un travail sur cette question, pour être complet et utile au point de vue scientifique et pratique, devait donc réunir la clinique du médecin à la science opératoire du chirurgien. C'est ce qu'a pensé avec raison le directeur de l'Œuvre; il s'est adressé au professeur Bourget, connu pour ses beaux travaux sur la pathologie de l'estomac, pour faire une étude complète non seulement des cas où la gastro-entérostomie est indiquée, mais aussi des *résultats très éloignés* de cette intervention sanglante et d'autre part, il a fait appel au Dr Roux, le célèbre professeur de Clinique chirurgicale à Lausanne, inventeur d'un procédé, dit en Y, de gastro-entérostomie, adopté par presque tous les chirurgiens, pour la description minutieuse du manuel opératoire et pour l'étude des *résultats immédiats* de cette opération.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1902, par H. Bocquillon-Limousin, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le Dr Huchard, médecin des hôpitaux, 1 vol. in-18 de 322 pages, cartonné. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.) Prix 3 francs.

L'année 1901 a vu naître un grand nombre de médicaments nouveaux : le *Formulaire* de Bocquillon-Limousin est le plus au courant, celui qui enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent.

L'édition de 1902 contient un grand nombre d'articles sur les médicaments introduits récemment dans la thérapeutique, qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même dans les plus récents.

Citons en particulier : Agurine, Amyle (Salicylate et Valérianate d'), Apocodéine (chlorhydrate d'), Azimol, Bysmitose, Calaya, Calcinol, Camphorates de créosote, de gaïacol, de pyramidon, Chirol, Chloral-othoforme, Crurine, Dymal, Eosolate de quinine, Eupyrine Fortoïne, Gabianol, Glycosolvol, Hermophény, Ichtargane, Ichtoforme. Iodolène, Iodopyrine, Lécithine, Lygosine, Lysoforme, Œtol, Sanatogène, Sapodermine, Sapolane, Sidonal, Tannate de créosote, Tannocréosoforme, Thiopyrine, Triferrine, Tyralol, Yohimbine, Zomol, et un grand nombre de plantes coloniales et exotiques, récemment introduites en thérapeutique.

Nlle Imprimerie, E. Lasnier dir., 35-37, rue St-Lazare, Paris — *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Prix de l'Académie de Médecine à décerner en 1902 (*suite et fin*)

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2.600 fr.
A l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.
Prix Adolphe Monbinne. — 1.500 fr.
Destiné à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.
Les candidats qui solliciteraient des avances en vue d'une mission, adresseront leur demande au président de l'Académie; ils seront invités à fournir, à la commission du prix, des renseignements sur la mission projetée.
Prix Nativelle. — 300 fr.
A l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.
Prix Oulmont. — 1.000 fr.
A l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).
Prix Portal. — 600 fr.
Question : « Etude hématologique comparée de la variole et de la vaccine ».
Prix Pourat. — 700 fr.
Question : « La circulation du sang dans le poumon ».
Prix Saintour. — 4.400 fr. (Biennal).
A l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.
Prix Stanski. — 1.400 fr. (Biennal).
A celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance.
Prix Tarnier. — 3.000 fr.
Ce prix, qui ne pourra être partagé, sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique.
Prix Vernois. — 700 fr.
Au meilleur travail sur l'hygiène.

La chasse aux rats. — De Marseille nous arrive la découverte d'un procédé intéressant, dont l'emploi permettra de diminuer considérablement les chances d'importation de la peste par sa voie la plus habituelle : la voie de mer. De Marseille, ou plutôt de Constantinople, car le procédé a été imaginé par un pharmacien de Galata M. Pierre Apéry, expérimenté à Liverpool et à Ostende, l'an dernier, et il vient de recevoir à Marseille sa consécration définitive.

On sait que la peste se propage par les rats, ou plutôt par les puces dont ces rats sont couverts : quand on trouve des rats morts en abondance dans une cale de navire, surtout si ce navire a touché à une localité infectée par la peste, il ne reste aucun doute : la peste est à bord. L'enlèvement même de ces rats constitue l'opération la plus périlleuse, car les puces abandonnent le corps froid de l'animal, et c'est à ce moment qu'elles se jettent sur l'homme et lui inoculent le fatal microbe.

L'idéal serait de tuer à la fois les rats, les puces, avant le déchargement des marchandises, afin d'éviter tout danger de contagion pour le personnel déchargeur. On a songé d'abord à l'acide sulfureux, qui est, en effet, un merveilleux désinfectant. Malheureusement, il détériore la plupart des marchandises, détruit les couleurs des étoffes, oxyde les métaux, cause, en somme, de sérieux dégats; de plus, ses effets asphyxiants chassent les rats, qui s'enfuient à son approche, se répandent rapidement dans les cales, envahissent tout le navire et se réfugient à terre en courant le long des amarres : le résultat est donc de répandre la peste au lieu de l'éteindre sur place, et si piètre que soit ce résultat, il faut encore le payer très cher par la détérioration du chargement.

M. Apéry a imaginé d'employer l'acide carbonique, que l'on obtient aujourd'hui à très bon

compte dans l'industrie, où il sert à une foule d'usages, et que l'on peut transporter dans les cylindres métalliques, à l'état liquide.

L'acide carbonique, reprenant sa forme gazeuse à l'air libre, est plus lourd que celui-ci : répandu à l'entrée de la cale, il gagne en profondeur grâce à son poids, chassant l'air au-dessus de lui, imprégnant les caisses et les marchandises, et créant une atmosphère irrespirable, sans qu'aucune odeur, aucune action suffocante avertisse les rats à distance et les pousse à la fuite. Ils sont asphyxiés sur place, et leurs puces en même temps. Au bout de sept à huit minutes de séjour dans le gaz acide carbonique, le rat est mort, les puces sont endormies. Au bout d'une demi-heure, elles sont définitivement mortes. Aucune couleur, aucun objet n'est altéré en quoi que ce soit par ce gaz inoffensif, que l'on peut ensuite chasser des cales par une puissante aspiration : un tuyau dans lequel un appel peut être fait par un jet de vapeur venant de la machine y suffit rapidement. En deux heures, la cale peut être désinfectée, ventilée et ouverte aux déchargeurs.

Il y a là un résultat de la plus haute importance pour la prophylaxie de la peste, obtenu rapidement, sans dangers, et surtout sans grands frais, si l'on songe aux dommages de toutes sortes qu'entraînent les quarantaines actuelles. Le procédé, présenté par M. Proust à l'Académie de médecine, en 1900, vient de donner les résultats les plus satisfaisants à la direction sanitaire de Marseille, qui l'a mis en pratique pendant le dernier mois de décembre. Il est probable qu'il va se généraliser rapidement.

FELIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS, 6e

COLLECTION MEDICALE

Volumes in-12, cartonnés à l'anglaise, à 4 francs et à 3 francs

(franco contre mandat-poste)

L'Hystérie et son traitement, par le Dr PAUL SOLLIER..... 4 fr.
La profession médicale, *Ses Devoirs, Ses droits*, par le Dr MORACHE, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bordeaux..... 4 fr.
Les maladies de l'urèthre et de la vessie chez la femme, par le Dr KOLISCHER, traduit de l'allemand par le Dr O. BEUTTNER..... 4 fr.
L'Instinct sexuel, *Evolution, Dissolution*, par le Dr Ch. FÉRÉ..... 4 fr.
L'Education rationnelle de la Volonté, *son emploi thérapeutique*, par le Dr P. E. LÉVY, préface de M. le Professeur BERNHEIM, 2e édition..... 4 fr.
Manuel théorique et pratique d'accouchements, par le Dr A. POZZI, avec 138 grav. 2e éd. 4 fr
La mort réelle et la mort apparente, nouveaux procédés de diagnostic et traitement de la mor- apparente, par le Dr S. ICARD, avec gravures (*récompensé par l'Institut*)..... 4 fr.
L'idiotie, *Psychologie et éducation de l'idiot*, par le Dr J. VOISIN..... 4 fr.
La famille nevropathique, *Hérédité, prédisposition morbide, dégénérescence*, par le Dr Ch. FÉRÉ, avec gravures, 2e édition..... 4 fr.
Manuel de percussion et d'auscultation, par le Dr P. SIMON, avec 48 gravures..... 4 fr.
Eléments d'anatomie et de physiologie génitales et obstétricales, par le Dr A. POZZI, avec 219 gravures..... 4 fr.
Le traitement des aliénés dans les familles, par le Dr FÉRÉ, 2e édition..... 3 fr.
Morphinomanie et morphinisme, par le Dr P. RODET (*couronné par l'Académie de Médecine*)..... 4 fr.

HYGIÈNE

La phtisique et son traitement hygiénique, par le Dr E.-P. LÉON PETIT, avec 20 gravures (*couronné par l'Académie de Médecine*)..... 4 fr.
Hygiène de l'alimentation dans l'état de santé et de maladie, par le Dr J. LAUMONIER, avec gravures, 2e édition..... 4 fr.
L'alimentation des nouveau-nés. *Hygiène de l'allaitement artificiel*, par le Dr S. ICARD, avec 60 gravures (*couronné par l'Académie de Médecine*)..... 4 fr.
L'hygiène sexuelle et ses conséquences morales, par le Dr S. RIBBING..... 4 fr.
Hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens, par le Dr F. LAGRANGE, 7e éd. 4 fr.
De l'exercice chez les adultes, par le Dr F. LAGRANGE, 4e édition..... 4 fr.
Hygiène des gens nerveux, par le Dr LEVILLAIN, 4e édition..... 4 fr.
L'éducation physique de la jeunesse, par A. MOSSO..... 4 fr.
La fatigue et l'entraînement physique, par le Dr Ph. TISSIÉ, préface de M. le professeur BOUCHARD, avec gravures (*couronné var l'Académie de Médecine*)..... 4 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

La chloroformisation, en particulier chez les cardiaques

Par M. le Professeur Guyon

La communication de M. Huchard, en portant la question du chloroforme devant l'Académie de médecine, rend aux chirurgiens un véritable service. L'état des malades que nous allons endormir ne peut trop nous préoccuper; souvent le concours du médecin nous est nécessaire pour bien définir certains cas, et de les apprécier à leur juste valeur. Nous devons, en effet, tenir le plus grand compte de tout ce qui peut impressionner la respiration et la circulation.

Les affirmations si autorisées de MM. Huchard et Bucquoy, relativement à la possibilité d'anesthésier, sans danger, par le chloroforme, le plus grand nombre des cardiaques, la détermination des contre-indications qui parfois se présentent, donneront plus de confiance aux chirurgiens qui utilisent le précieux agent anesthésique, et diminueront, sans doute, les défiances de ceux qui le redoutent. Les discussions sur le danger du chloroforme ont témoigné à plusieurs reprises de l'importance qu'attachent les chirurgiens aux lésions athéromateuses des artères, ainsi qu'aux maladies du cœur.

Comme tous mes collègues, j'ai eu ces légitimes appréhensions; peut-être ont-elles été particulièrement grandes. Je me suis trouvé, par le fait des circonstances, dans l'obligation d'intervenir un assez grand nombre de fois, chez des gens âgés ou très âgés. J'ai souvent opéré de cinquante à soixante ans, beaucoup plus souvent de soixante à soixante-dix; très souvent encore de soixante-dix à quatre-vingts; assez souvent de quatre-vingts à quatre-vingt-dix. J'ai même, une fois, opéré à quatre-vingt-onze ans, et, toujours, avec le chloroforme.

Dans ces périodes de la vie, les athéromateux et les cardiaques ne sont pas rares; j'en ai rencontré qui souffraient de douleurs angineuses. Chez ceux-ci et chez ceux-là, le chloroforme est facilement toléré pendant l'opération, et ses suites sont simples. J'ai constaté de plus, comme Hare (de Philadelphie), cité par M. Huchard, l'amélioration de l'état cardiaque consécutive à l'anesthésie chloroformique. Mon attention avait été attirée sur ce point depuis bien des années.

Un médecin, qui a laissé le souvenir d'un clinicien accompli, Archambault, me demanda, il y a plus de vingt ans, de voir avec lui une de ses malades pour une tumeur du

sein; il m'avertit qu'une affection ancienne et grave du cœur s'opposait à la chloroformisation. Il me priait de considérer notre réunion comme une satisfaction donnée à la la malade et à sa famille, et de ne pas parler d'intervention. Je me gardai d'en rien dire. Mais bientôt, la malade, qui était intelligente et énergique, réclama une seconde consultation ; cette fois, la question ne pouvait être éludée, la tumeur était opérable dans de bonnes conditions, Archambault accepta l'intervention. Elle eut lieu sous le chloroforme, qui fut admirablement supporté; le pouls, soigneusement observé par Archambault, rectifia sensiblement son rythme, et présenta pendant les jours qui suivirent des caractères beaucoup plus satisfaisants que ceux qui lui étaient habituels. Il y eut deux récidives, deux autres opérations furent nécessaires, et, deux fois encore, les effets du chloroforme furent salutaires. Depuis j'ai bien des fois observé, chez les cardiaques, cette amélioration du pouls au cours des chloroformisations, et à leur suite; je l'ai fait nombre de fois constater à mes élèves.

Mes observations me permettent donc de penser, comme MM. Huchard et Bucquoy, que le chloroforme est facilement supporté par les cardiaques; je suis disposé comme eux à dire que, chez ces malades, l'anesthésie chloroformique n'est pas plus dangereuse que chez les sujets atteints d'autres affections, et, même, à ajouter, comme M. Huchard, qu'elle est moins dangereuse. Cela me paraît vrai pour la généralité des cas. Je ne puis, cependant, partager sa confiance dans les cas de dégénérescence graisseuse.

Comme notre distingué collègue M. Berger, je crois à la nécessité de beaucoup de méfiance. Ce sentiment, il est vrai, s'explique chez un chirurgien qui a eu, comme moi, le malheur de perdre deux opérés à cœur gras. L'un d'eux était, de plus, un obèse, et son médecin, mon ami le Dr Jules Guyot, avait tenté, sans y réussir, de le décider à se faire opérer sans chloroforme. La chloroformisation avait été, par cela même, très particulièrement surveillée. Ces observations malheureuses sont déjà anciennes; depuis, comme auparavant, j'ai eu les résultats régulièrement bons qui m'ont permis de continuer à croire que la chloroformisation est un mode d'anesthésie qui convient au cardiaques, alors même qu'ils sont athéromateux, angineux et très âgés.

Dans toutes les catégories de malades, il y a des sujets qui ne sont pas, de façon absolue, des *noli me tangere* pour le chloroforme, mais chez lesquels il peut cependant être la cause déterminante de la mort, sans en avoir, à vrai dire, la responsabilité tout entière.

Je crois ces cas instructifs, et je reste dans l'esprit de la communication de M. Huchard en les citant, bien qu'il ne s'agisse plus de cardiaques.

Les tumeurs de la vessie déterminent parfois des hématuries si considérables et si répétées, que les sujets qui les subissent tombent dans l'anémie la plus prononcée. Ce ne sont plus des vieillards, mais le plus souvent des hommes jeunes ou encore jeunes. J'ai opéré un grand nombre de ces cas, et j'ai eu la douleur de perdre trois malades sur la table d'opération. Je pourrais exonérer complètement le chloroforme, et je ne serais, sans doute, pas contredit. Ces trois opérés ont succombé à l'époque où l'on ne se servait pas encore de tables à renversement. Depuis le moment où j'ai eu à ma disposition la table de Trendelenbourg, j'ai plusieurs fois opéré dans les mêmes conditions, et je n'ai même pas eu, chez ces sujets, d'alerte au cours du chloroforme.

Il n'est pas douteux que mes trois opérés sont morts de syncopes, et que le chloroforme les a déterminées. Il est évident qu'ils étaient aussi préparés que possible à la syncope, mais il ressort des faits ultérieurs, de ceux où j'ai opéré tête en bas, que malgré le chloroforme, la syncope est évitable chez les sujets les plus profondément anémiés.

Il y a donc un très grand intérêt pour la pratique, à déterminer, aussi complètement

que possible, les conditions morbides qui peuvent rendre la chloroformisation dangereuse. Je dis à dessein chloroformisation, et non pas chloroforme, puisque le *modus faciendi* modifie, du tout au tout, ses effets. En serait-il de même chez ces cardiaques au cœur graisseux, que je serais tenté d'appeler de « mauvais cardiaques » s'ils étaient, comme le demande M. Huchard, très médicalement préparés à la chloroformisation? Il faut, tout au moins, conclure en faveur de cette préparation qui doit être tout à fait médicale. Là encore, le chirurgien ne peut se passer du médecin.

Je viens d'innocenter le chloroforme à propos de ces grands anémiques, pour lesquels il est dangereux, quand ils n'ont pas la tête en bas, et bienfaisant comme de coutume, lorsqu'elle est très déclive. Je ne veux, cependant, pas dire que je considère le chloroforme comme un agent inoffensif. Semblable croyance préparerait mal à bien s'en servir. Je ne parlerais cependant pas de la chloroformisation, si M. Huchard n'avait posé la question.

Je me garderai d'entrer dans tous les détails de la technique. Ils ont pourtant une importance capitale, mais leur exposé ne serait pas de mise dans cette enceinte. Je prie seulement l'Académie de me permettre quelques réflexions à propos des anesthésiques, de la chloroformisation, et des chloroformisateurs attitrés.

L'anesthésie ne peut pas être exempte de dangers. Il suffit du souvenir des enseignements de la physiologie, pour admettre cette vérité. Claude Bernard a démontré l'universalité d'action des anesthésiques. Ils n'agissent pas uniquement sur les éléments nerveux, loin de là ; ces agents portent, en réalité, leur action sur tous les tissus, ils atteignent chaque élément à leur heure, suivant leur susceptibilité; leur pouvoir s'exerce aussi bien sur les cellules animales que sur les cellules végétales. Chez les animaux, l'effet se manifeste d'abord sur le tissu nerveux. Quand un homme est anesthésié, il lui manque un de ses éléments histologiques : l'élément nerveux sensitif. Pas d'une manière absolue, sans doute, car alors il mourrait sans retour; mais au moins partiellement, et dans une limite variable, selon l'intensité de l'anesthésie.

L'enseignement du grand physiologiste établit donc que l'anesthésie n'est autre chose que la suppression partielle des fonctions de la cellule nerveuse ; il montre qu'il faut qu'elle reste partielle pour que la limite qui sépare la suspension de fonction de sa suppression, ne soit pas franchie. Cette limite est étroite. Mais l'étude physiologique de la chloroformisation, de même que la pratique de chaque jour, démontrent que les conditions de sécurité, ne nous font pas défaut; les discussions de la nature de celle qui se poursuit, aident à les augmenter.

Lorsque l'agent anesthésique est une substance volatile, comme le chloroforme, on l'introduit directement dans le sang en le faisant pénétrer, par les poumons, et l'organisme s'en débarrasse aisément. Le courant circulatoire et l'exhalation pulmonaire ne cessent pas un instant d'assurer son élimination ; elle est promptement réalisée. De là, l'instabilité d'action de ce genre d'anesthésiques.

Cette instabilité d'action s'oppose à la trop complète suspension du pouvoir physiologique de la cellule nerveuse. Il n'est pas de chloroformisation où on ne la constate. Les témoignages de cette reprise de fonction deviennent souvent gênants au cours de l'opération, et les chirurgiens s'en plaignent. Ils le font parfois avec vivacité. C'est pourtant une garantie.

On conçoit que la trop grande stabilité d'action d'un anesthésique puisse, en dehors des anesthésies bien localisées, être facilement dangereuse.

Le chloroforme est un anesthésique puissant; son action est rapide et complète, il donne ses pleins effets avec de petites doses. Point n'est besoin d'imprégner les tissus

pour les obtenir. Aussi, peut-il être administré discrètement et agir au degré nécessaire, si l'on soutient ses effets en faisant faire des inhalations modérées et continues.

Ces qualités remarquables le rendent très maniable. Son action successive sur les différentes parties des centres nerveux et sur les nerfs qui en émanent permet d'en surveiller les effets.

Le chloroforme réunit donc les conditions d'un très bon anesthésique : c'est pour cela qu'il a eu, dès le début, la confiance de la majorité des chirurgiens et qu'il la conserve.

Ayant en vue des malades dont la circulation laisse à désirer, M. Huchard insiste sur les précautions à prendre chez les cardiaques auxquels on administre le chloroforme. Il a eu d'autant plus raison de le faire que ces mêmes précautions sont applicables à toutes les chloroformisations.

Notre collègue désapprouve les grosses doses, et il insiste sur la chloroformisation goutte à goutte faite d'une façon continue et sans intermittence. Cette méthode, préconisée par notre collègue M. L. Labbé, offre, en effet, de très sérieux avantages.

L'uniformité des petites doses a cependant l'inconvénient, malgré leur continuité, de laisser le chloroformisateur et, par suite, le chirurgien, pendant trop longtemps aux prises avec une anesthésie trop instable. Il y a grand avantage à en accentuer les effets.

On le peut sans passer aux doses fortes, en continuant la chloroformisation goutte à goutte. La répartition des gouttes sur la compresse et l'augmentation momentanée de leur nombre, permettent de rapidement conduire l'anesthésie et de la maintenir au degré nécessaire.

Au début, les gouttes sont disséminées sur la moitié inférieure de la compresse ; on la présente à faible distance de la face ; le malade respire la bouche ouverte très régulièrement, sans efforts et lentement. Ce premier stade continue aussi longtemps que les réflexes pituitaire ou laryngien se manifestent ; ils ne se produisent d'ailleurs que très exceptionnellement. La compresse est alors rapprochée et fermée en haut ; bientôt on la ferme en bas. Quand la diminution du titre d'air, ainsi effectuée, a été bien tolérée, les gouttes sont concentrées dans la partie de la compresse qui se trouve au-dessous des narines ; elles sont plus nombreuses et fréquemment renouvelées.

Le cerveau subit promptement et complètement leur influence, mais la moelle et ses territoires nerveux ne sont pas, en général, influencés si le nombre des gouttes n'est pas bientôt augmenté. Le titre du chloroforme est donc un peu plus élevé dans cette seconde phase de la chloroformisation, mais, dès que les mouvements inconscients des membres et les contractions défensives des muscles inspirateurs ont pris fin, le nombre des gouttes est de nouveau abaissé. Elles sont données à peu près dans les mêmes proportions et de la même manière, mais moins fréquemment, lorsque la narcose est complète. La répartition des gouttes reste localisée, ou redevient disséminée comme au début de la chloroformisation, suivant le degré de la narcose et les incidents observés.

A moins de nécessité indiquée par les avertissements de la surveillance mieux vaut, s'il est possible, de ne pas laisser le malade respirer de l'air pur. Cela peut ramener trop en arrière. L'on constate, en effet, même à cette période, la très grande instabilité d'action du chloroforme. Aussi, est-il indiqué d'en profiter quand un incident en fournit l'indication. S'il a peu d'importance, la respiration de l'air pur en détermine souvent la cessation.

L'administration continue des vapeurs souffre donc quelques exceptions ; ces exceptions doivent être admises pour toutes les phases de la chloroformisation, mais l'administration continue doit néanmoins être considérée comme la règle de la chloroformisation.

Elle évite les retours trop accentués de la sensibilité; elle évite aussi la tentation des doses fortes, vers laquelle le trouble apporté dans l'acte opératoire pourrait entraîner.

A toutes les périodes de la chloroformisation, il y a un très grand avantage à éviter les grosses doses. Il est par conséquent utile de régler la pénétration du chloroforme et de l'équilibrer avec son exhalation, de façon à maintenir, sans le dépasser, le degré nécessaire à la suspension partielle de la fonction physiologique des cellules nerveuses. C'est ce que j'ai cherché à faire à l'aide des moyens usuels.

Cette application clinique du principe de la méthode des mélanges titrés de Paul Bert est imparfaite, sans doute, mais elle est en rapport avec les exigences de la pratique. Ces exigences ne nous permettent pas de procéder avec la rigueur expérimentale, mais elle ne s'opposent heureusement pas à ce que les méthodes scientifiques nous servent de guides.

La surveillance des effets de l'administration des vapeurs n'est pas non plus complètement la même, pendant tout le cours de la chloroformisation.

Sans se disséminer, elle ne peut se limiter à la respiration. Les phénomènes que détermine l'anesthésie méritent toute l'attention. Il est essentiel de les bien connaître pour bien chloroformiser.

Dans les surprises du début de la chloroformisation, rien n'avertit; l'inhibition les rend sidérantes. Mais à mesure que l'action du chloroforme s'étend aux différentes parties de l'appareil nerveux, il n'en est plus de même.

Les modifications que subissent la sensibilité de la conjonctive et de la cornée, la mise en regard de la sensibilité ou de l'insensibilité cornéenne avec la dilatation ou la contraction de la pupille, la coloration du visage et surtout la pâleur des lèvres, donnent des avertissements dont la valeur est bien établie et qui sont toujours écoutés. Il est tout au moins inutile d'en parler ici. Cependant, j'ai trop souvent reconnu l'importance des avertissements donnés par le pouls pour ne pas dire que, si je suis d'avis, avec la grande majorité des chirurgiens, qu'il faut toujours surveiller la respiration, que l'on doit, comme l'a dit si judicieusement mon excellent ami le Pr Panas, continuellement l'entendre pour opérer tranquillement, je pense, comme quelques-uns de nos collègues, qu'il faut surveiller le pouls. Cette surveillance est d'ailleurs simple; il est bon de l'exercer pendant les différentes phases de la chloroformisation, mais elle n'a toute son utilité que dans la troisième période. Pendant les chloroformisations prolongées et complètes, quand la narcose est profonde, le pouls doit être régulier, fort et de fréquence moyenne; s'il devient alors petit, rapide, irrégulier, s'il faiblit, le danger est proche. Il faut aviser sans retard.

Je ne puis terminer sans déclarer à mon tour que je ne crois pas nécessaire d'adjoindre un chloroformisateur attitré à nos services d'hôpital. Chacun de nous, il est vrai, a l'habitude dans sa pratique privée de confier l'anesthésie à un aide éprouvé; cela n'est réalisable qu'à Paris et dans les grandes villes, mais il est bon de le faire quand il est possible. Le désir d'étendre ce bénéfice à l'hôpital est donc naturel. Mais un seul chloroformisateur serait, comme on l'a dit, insuffisant pour nos services de chirurgie. Il vaut mieux que le chirurgien aît complètement recours à ses élèves et qu'il conserve l'entière responsabilité des chloroformisations. C'est la garantie la meilleure qu'il puisse donner à ses malades, c'est aussi le devoir qu'il a à remplir pour les malades de ses élèves; il le leur assure en étant leur éducateur, en leur faisant souvent manier le chloroforme.

On ne peut trop le redire, l'administration du chloroforme est un des éléments les plus essentiels de l'éducation médicale. Quel que soit l'avenir de nos élèves, qu'ils

deviennent médecins ou chirurgiens, qu'ils exercent dans les villes ou à la campagne, un jour viendra où ils auront à donner le chloroforme. Il est administré par un très grand nombre de mains, et, il faut le reconnaître, elles ne sont pas toutes bien expertes. Si les accidents étaient en rapport avec les fautes de la technique, le chloroforme aurait depuis longtemps perdu la confiance des praticiens et ne serait pas réclamé avec tant d'insistance par les malades. Mais, si restreint que soit le danger, il existe; nous ne pouvons donc trop nous occuper de cette partie de notre enseignement. Il faut que le praticien, quelle que soit sa situation, sache chloroformiser.

A l'hôpital, chacune des chloroformisations est l'occasion de remarques du chef de service et de ceux qui le secondent directement. Cette incessante répétition des mêmes conseils rend, en quelque sorte, continuel l'enseignement de l'anesthésie; il m'a paru être son meilleur mode. J'ai cherché à le rendre permanent en rédigeant sur deux colonnes les règles générales de la chloroformisation et celles de sa surveillance. Ce tableau est affiché dans un des locaux de mon service (1).

N. D. L. R.

Nous donnons ci-joint la copie de ce tableau:

RÈGLES GÉNÉRALES DE LA CHLOROFORMISATION

I. Préparation du malade. — Le malade doit être à jeun : on le couche horizontalement, le menton légèrement relevé, sans extension exagérée de la tête. Dénouer les cordons serrant la taille ou le cou. Enlever les fausses dents.

II. Inhalations :

a) Le chloroforme doit être versé avec un flacon compte-gouttes.

b) Les inhalations doivent être continues.

TECHNIQUE DE LA CHLOROFORMISATION

I. 1re Période :

A. — *Au début, pendant les premières inspirations :*

a) Compresse *ouverte* et un peu éloignée de la face.

b) Gouttes de chloroforme *disséminées* sur la compresse.

c) Dire au malade de respirer la bouche ouverte, lentement, régulièrement, sans effort.

B. — *Lorsque les réflexes laryngo-trachéaux sont abolis.*

a) Compresse *fermée, d'abord en haut, puis en haut et en bas*. Pour la placer, saisir un des angles et l'appliquer contre les os propres du nez, le maintenir contre eux entre le pouce et l'index, puis envelopper le menton avec l'angle inférieur. Les angles latéraux peuvent être laissés flottants. Pour verser le chloroforme, soulever l'angle inférieur de la compresse pendant une expiration et verser les gouttes toujours à la même place au-dessus du nez.

b) Gouttes de chloroforme un peu plus nombreuses et presque *confluentes*.

c) Le malade peut alors respirer par la bouche et le nez, et toujours sans effort.

(1) *Communication à l'Académie de Médecine.*

C. — *Pour passer à la 2e période.*

a) Compresse fermée en haut (os propres du nez) et en bas (menton); angles latéraux flottants.

b) Gouttes de chloroforme plus nombreuses et *tout-à-fait confluentes.*

II. — 2e PÉRIODE. PHASE D'AGITATION.

a) La compresse toujours *fermée*, en haut et en bas, angles latéraux flottants.

b) Les gouttes de chloroforme sont encore *tout-à-fait confluentes.*

III. — 3e PÉRIODE, PÉRIODE DE RÉSOLUTION.

a) La compresse reste *fermée* en haut et en bas, les angles latéraux flottants.

b) Gouttes *peu nombreuses presque confluentes*; s'il devient nécessaire de modérer l'anesthésie, revenir de suite aux *gouttes disséminées*, mais ne pas interrompre les inhalations.

c) Soulever l'angle de la mâchoire ou tirer la langue suivant les cas.

IV. — FIN DE L'ANESTHÉSIE.

Enlever la compresse et l'éloigner.

SURVEILLANCE DE LA CHLOROFORMISATION

I. RESPIRATION. — La surveillance doit être continue : on écoute la respiration et l'on regarde les mouvements du creux épigastrique.

A. 2e PÉRIODE. — *Phénomènes normaux.* Respiration irrégulière, tumultueuse ou suspendue par les efforts.

B. 3e PÉRIODE *a*) : *Phénomènes normaux.* Respiration régulière et profonde.

b) *Phénomènes sans grande importance.* — Respiration bruyante (soulever la mâchoire ou tirer la langue).

c) *Phénomenes dangereux.* — Respiration superficielle, espacée et irrégulière se produisant au cours d'une chloroformisation longue et profonde.

II. POULS. — La surveillance n'est utile que pendant les chloroformisations complètes et profondes : prendre alors le pouls de temps en temps.

3e PÉRIODE : *a*) *Phénomènes normaux.* — Pouls régulier, fort, fréquence moyenne.

b) *Phénomènes dangereux.* — Petitesse, *grande rapidité*, irrégularité.

III. CORNÉE ET PUPILLE. — De temps en temps toucher la cornée et examiner la pupille.

A. 2e PÉRIODE : *Phénomènes normaux.* — Cornée sensible, peu dilatée.

B. 3e PÉRIODE *a*) : *Phénomènes normaux.* — Cornée insensible, peu contractée.

b) *Phénomènes dangereux.* — Brusque dilatation de la pupille sans sensibilité de la cornée et sans signe de réveil.

IV. Visage et lèvres. — Y jeter un coup d'œil chaque fois qu'on soulève la compresse.

A. 2e période : *Phénomènes normaux.* — Visage vultueux et congestionné.

B. 3o période *a*) : *Phénomènes normaux.* — Face légèrement pâle, lèvres colorées.
b) *Phénomènes dangereux.* — Cyanose du visage. Pâleur brusque et marquée du visage *sans signes de vomissements. Pâleur des lèvres.*

Petits incidents au cours de la chloroformisation :

I. Respiration stertoreuse ou incomplète. — Soulever l'angle de la mâchoire, mettre la pince à la langue, pince de Museux à mors fins placés transversalement sur l'extrémité de la langue.

II. — Respiration gênée par mucosité. — Nettoyer le pharynx avec un tampon d'ouate mouillé, exprimé et monté solidement sur une pince à cadre.

III. Vomissements. — Tourner la tête de côté. Placer un doigt dans la commissure buccale la plus déclive. Augmenter le chloroforme.

ACCIDENTS DU CHLOROFORME. — SYNCOPE

Cesser toute chloroformisation. Eloigner la compresse. Aération. Excitations cutanées très vives. Respiration artificielle. En cas de pâleur, tête en bas.

Le procédé de choix pour faire la respiration artificielle est celui de Sylvester.

Pour l'inspiration les bras sont élevés puis placés parallèlement à la tête.

Pour l'expiration ils sont abaissés, les coudes promenés le long du thorax. A ce moment, on complète l'expiration en faisant presser à pleines mains sur les parties latérales du thorax. Les mouvements ne sont ni trop rapides ni trop étendus : 15 à 16 par minute.

Traitement de l'Otite moyenne purulente chronique des enfants par la méthode de Libby.

par le Dr Urbano Melzi (de Milan).

Le traitement des suppurations chroniques de l'oreille moyenne est basé sur l'emploi de nombreux procédés thérapeutiques, et chaque jour voit croître la phalange des médicaments recommandés dans ce but. D'ailleurs, à côté du traitement médical, dont les applications remontent à une époque lointaine, il existe aujourd'hui, pour combattre ces affections souvent rebelles, un traitement chirurgical tout-à-fait moderne. Ce dernier, grâce à son efficacité et aux brillants résultats qu'il donne, est maintenant considéré comme plus utile et plus rationnel que le traitement médical. Toutefois, nous ne devons y recourir que dans les cas où la méthode conservatrice ne laisse plus aucun espoir d'un résultat curatif, ou encore quand surviennent des complications graves intéressant d'importants organes du voisinage. Il ne faut pas oublier non plus que l'intervention chirurgicale n'est pas exempte de dangers; et que les malades ne se prêtent dans beaucoup de cas, que difficilement à l'opération. Pour tous ces motifs j'estime que tout traitement médicamenteux nouveau, destiné à restreindre, même dans de faibles limites, le domaine de la chirurgie, mérite d'être pris en considération et doit être répandu dans le public médical, si la preuve a pu être fournie de son efficacité.

Le traitement de l'otite moyenne purulente chronique par la méthode de Libby est de date si récente, que je n'ai pu découvrir jusqu'ici dans la littérature d'autres indications à ce sujet que le travail de Libby (*Semaine médicale*, *n° 49*, *1899*). J'ai trouvé cette méthode appliquée à la clinique otiatrique du Dr Margaria, dans la consultation annexée à cette clinique (1899-1900).

Ce spécialiste a donné communication de quelques cas dans lesquels la méthode de Libby lui a donné de bons résultats (*Arch. ital. di Otologia*, *vol. X fasc. 3*).

Lorsque l'honorable direction de l'Hôpital des enfants de Milan me fit l'honneur de me confier la consultation externe pour les affections de la gorge, du nez et des oreilles, annexée à cet hôpital, je dus faire un choix au milieu des méthodes variées que l'on préconise pour la guérison de l'otite moyenne purulente, affection si fréquente chez l'enfant. Je me proposai en conséquence d'expérimenter la méthode du Dr G. Libby de Portland (Etat du Maine) ; cet auteur a reconnu à sa clinique, que les insufflations d'acétanilide dans l'oreille constituent un bon moyen pour faire cesser l'écoulement purulent ayant pour siège cet organe.

L'acétanilide constitue une substance blanche, cristalline, sans odeur, de saveur légèrement piquante, soluble dans 160 parties d'eau froide, 50 d'eau à 40° dans 3 1/2 d'alcool, 6 d'éther, 7 de chloroforme : elle fond à 105° et se volatilise à 292° sans s'altérer : elle est décomposée à froid par les acides et les bases et donne naissance à de l'aniline et de l'acide acétique. La formule est $C_8 H_9 Az. O$: c'est donc de l'aniline dans laquelle un atome d'hydrogène est remplacé par le radical acétyle.

$$Az \left\{ \begin{array}{l} C^6 H^5 \\ H \\ H \end{array} \right. \qquad\qquad Az \left\{ \begin{array}{l} C^6 H^5 \\ C^2 H^3 O \\ H \end{array} \right.$$

Aniline — Acétanilide

On peut considérer aussi ce produit comme de l'ammoniaque dans laquelle un atome H est remplacé par le phényl et un autre atome H par l'acétyle, d'où le nom de phénylacétamide qui conviendrait aussi à ce médicament.

Tous les auteurs ont constaté que l'acétanilide administrée à l'intérieur produit une action antithermique et sédative, rapide et fort intense, sur l'organisme humain, sans présenter la plupart des inconvénients que l'on reproche aux autres antithermiques.

Employée à l'extérieur, l'acétanilide exerce une action antiseptique et un peu sédative, due, d'après Krieger, au développement lent d'aniline en présence des sécrétions organiques alcalines. L'acétanilide en effet, comme je l'ai déjà fait remarquer, donne, en présence de la soude, de l'acide acétique et de l'aniline (*Albertoni Rim. movi*, p. 150). Newt l'a associée aux mercuriaux et à l'iodoforme pour le traitement local du psoriasis, des ulcères chroniques, de l'érésypèle, de l'urticaire, de l'herpès et d'autres dermatites. Basilewitch admet qu'elle constitue un remède efficace et économique à la fois des ulcérations vénériennes et syphilitiques; Herezel l'emploie en solution à 0,50 0/0 dans la chirurgie courante. Je suppose que c'est à cause de ces emplois variés que Libby a été amené à l'expérimenter dans l'otite moyenne purulente chronique.

Au cours de 1901, j'ai eu en traitement, à la consultation externe pour affections des oreilles, du nez et du larynx, annexée à l'Hôpital des enfants, 43 cas d'otite moyenne purulente chronique, venant en partie des salles de médecine et de chirurgie de cet hôpital, en partie des divers quartiers de la ville. J'ai, dans tous ces cas, appliqué la méthode de Libby avec d'excellents résultats, car il m'a fallu, au maximum, un mois pour supprimer, dans tous les cas, la suppuration : je n'ai observé dans aucun cas des complications et une intervention chirurgicale quelconque n'a jamais été nécessaire. Parmi mes malades, il y en avait dont la suppuration durait depuis des années, qui avaient été soignés tour à tour dans les nombreuses infirmeries de la ville, dont la sécrétion purulente, extrêmement fétide, contenait souvent du sang; les granulations étaient dans ces cas abondantes, mais elles disparurent peu à peu au cours du traitement. Ces circonstances nous font conclure à la prise en considération sérieuse de cette méthode.

Le procédé que j'ai adopté, tout en s'appuyant sur le principe fondamental de la méthode de Libby, s'en écarte un peu. La plupart de mes malades venaient de la ville et présentaient au début une sécrétion purulente extrêmement copieuse. Notre consultation n'ayant lieu que trois fois par semaine, et la méthode de Libby devant être appliquée à sec, j'ai dû, dans ces cas, commencer par associer aux insufflations, des lavages boriqués fréquents, faits à domicile dans les premiers jours de traitement, dans le but de débarrasser entièrement l'oreille de son abondante sécrétion.

Le traitement que j'ai adopté est le suivant : muni d'un bon éclairage, je nettoie minutieusement le conduit auditif avec de petits tampons d'ouate aseptique, jusqu'à ce que je ne trouve plus trace de sécrétion purulente sur les tampons. Dans ce but, je dispose de nombreux stylets porte-coton, et je n'introduis jamais deux fois de suite dans l'oreille le même stylet : l'instrument ne sera utilisé à nouveau qu'après stérilisation. Dans les cas où existe une large perforation de la membrane tympanique, je sèche exactement cette dernière en introduisant le stylet à travers la perfortion, et je fais de même pour la caisse. Je nettoie aussi bien que possible l'oreille, et avec des tampons de coton imbibés d'eau oxygénée je déterge ensuite les parois du conduit et aussi celles de la caisse, si la perforation a de grandes dimensions. Si, au contraire, la perforation est petite, je procède autrement pour arriver à bien faire pénétrer dans la caisse l'eau oxygénée ou, au moins l'oxygène à l'état naissant qui s'en échappe. Avec un tampon d'ouate dont le dia

mètre correspond à celui du conduit auditif externe et que j'enfonce dans ce dernier, je fais des mouvements de va-et vient, destinés à produire l'effet d'une pompe aspirante et foulante. J'ai dû recourir à cet artifice parce que mes petits malades ne sauraient pratiquer le procédé de Politzer et faire gargouiller dans l'oreille moyenne l'eau oxygénée en insuffiant de l'air à travers leur trompe d'Eustache. Chez les adultes, au contraire, j'ai adopté cette dernière méthode dans ma clientèle privée, avec de bons résultats. Si la perforation du tympan est trop petite pour permettre à l'eau oxygénée, versée dans le conduit auditif, nettoyé au préalable, de pénétrer dans la caisse, je recours aux instillations d'eau oxygénée en introduisant le liquide dans l'oreille moyenne à travers la trompe d'Eustache. Quand l'oreille a été suffisamment soumise à l'action de l'eau oxygénée, j'assèche très exactement la région avec du coton hydrophile : ensuite, avec un tampon imbibé d'une solution de formol à 5 0/0, j'humecte les parois du conduit et de la caisse, et je termine en projetant avec un insufflateur de l'acétanilide finement pulvérisée sur les parois de la caisse et même sur celles du tympan, lorsque la perforation est assez grande pour permettre cette dernière manœuvre. Ensuite, je remplis tout le conduit auditif avec cette même poudre. Si la sécrétion purulente est abondante, je prescris aux parents de l'enfant de laver l'oreille avec une solution boriquée, dès qu'ils s'aperçoivent que la poudre est jaunie par le pus. Si ce phénomène ne se produit pas, je m'abstiens de conseiller aucun traitement à domicile.

Il est intéressant de constater avec quelle rapidité disparaît, dès la première application du topique, l'odeur nauséabonde de la sécrétion auriculaire : la quantité de celle-ci diminue rapidement. Les petits malades, quelque jeunes qu'ils soient, et même si à la première insufflation ils se sont agités et ont pleuré, se laissant soigner les jours suivants avec une tranquillité vraiment surprenante. En voyant le calme avec lequel la suite du traitement est acceptée, on est forcé d'admettre que le procédé n'est pas seulement indolore, mais encore qu'il procure un vrai soulagement.

Je ne nierai pas que cette méthode de traitement exige, pour être appliquée avec succès, spécialement chez les petits enfants, de la part du médecin de la patience, de la légèreté de main et un matériel opératoire considérable (nombreux porte-cotons) : je crois en effet que les excellents résultats obtenus doivent être en partie attribués aux précautions antiseptiques rigoureuses que j'ai prises. J'ajouterai d'autre part que des médications aussi délicates et minutieuses ne vont pas, surtout chez les enfants, sans une grande perte de temps, si on veut les appliquer avec une scrupuleuse exactitude. Cette perte de temps est du reste compensée par le fait que l'on obtient des résultats supérieurs à ceux donnés par d'autres méthodes, dans un temps relativement court.

Je crois inutile de donner ici une statistique, parce que la marche et la durée de l'otite moyenne purulente chronique sont trop variables pour qu'on puisse établir des termes de comparaison. Je ne saurais donc tirer de mes observations la déduction que les cas d'otite purulente chronique guéris par moi, cas dont le début remontait de quelques mois à quelques années, aient guéri plus rapidement par la méthode que j'ai adoptée. Il m'a paru toutefois utile de donner un aperçu des résultats obtenus par moi : ils m'autorisent à conclure que nous possédons dans le traitement proposé par le Dr Libby un moyen efficace d'arriver, par une méthode conservatrice, à la guérison de l'otite moyenne purulente chronique.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 12 Mars 1902

Présidence de M. Sevestre

M. Catillon, à propos du procès-verbal, revient sur la communication de M. Mossé, concernant *l'emploi de la pomme de terre chez les diabétiques*. Selon l'orateur, l'explication des bons effets de ce régime, donnée par M. Mossé ne paraît pas épuiser la question : la potasse en combinaison organique ne jouerait pas le rôle principal dans les bons effets obtenus avec l'emploi de pommes de terre.

On sait que les échanges respiratoires, chez le diabétique, subissent une diminution ; l'excrétion d'acide carbonique est nettement inférieure à la normale. En donnant de la fécule, M. Mossé augmente l'excrétion pulmonaire de l'acide carbonique, car la fécule élaborée par l'organisme s'élimine par le poumon sous forme d'acide carbonique. Si tel n'était pas le cas, cette fécule exercerait sur l'élimination du sucre par les urines une action dans le sens de l'augmentation de la proportion de glucose ; or, les faits enregistrés par Mossé démontrent au contraire, que le sucre diminue avec ce régime. Donc, l'ingestion de pommes de terre ramène la respiration au type normal.

En même temps, la pomme de terre représentant un corps très peu azoté, si on le compare au pain qu'il remplace dans le régime préconisé par Mossé, la combustion azotée est réduite à un minimum par ce régime et l'excrétion d'urée par les urines diminue. Le diabétique voit en conséquence, sous l'influence de la pomme de terre, son autophagie s'améliorer et sa respiration retrouver un fonctionnement normal, ce qui le met à l'abri des atteintes du bacille de Koch.

L'orateur a fait des expériences avec un autre hydrocarbure, la glycérine, et a pu reconnaître que chez un chien dont l'excrétion d'acide carbonique était diminuée, l'ingestion de glycérine ramena à la normale la quantité d'acide carbonique excrétée.

M. le Pr Gauthier, fait une communication sur le *méthylarsinate de soude ou arrhénal* : cette communication a été pour la plus grande part, publiée dans notre numéro du 1er mars. Nous y ajoutons quelques détails inédits.

Les doses de 0 gr. 10 à 0 gr. 20, en usage pour le cacodylate de soude, seraient trop fortes pour l'arrhénal : elles provoqueraient facilement de l'hyperthermie chez des tuberculeux, par exemple. Ce phénomène, observé par l'orateur au début de ses recherches, lui a fait adopter un dosage plus prudent et beaucoup plus efficace, sur lequel nous reviendrons.

Les effets obtenus dans le troisième degré de la phtisie sont ceux qui frappent le plus le médecin : on voit des malades, gravement atteints, se modifier à ce point qu'au bout de peu de temps ils peuvent quitter l'hôpital, alors qu'avant le traitement tout espoir semblait devoir être abandonné.

La dose moyenne d'arrhénal, qui est de 0 gr. 05 par jour en solution aqueuse, ne doit pas être administrée plus de quatre jours de suite : il est bon de se reposer ensuite pendant quatre jours, et de continuer ainsi en maintenant les mêmes périodes de traitement et de repos. Après cassation de la médication, il faut compter un mois environ pour l'élimination de l'arrhénal absorbé.

Sous l'influence de l'arrhénal, on voit apparaître en nombre, dans le sang, les grands globules lymphatiques mononucléaires, dont la fonction est de débarrasser la masse sanguine des toxines qui peuvent s'y trouver. Ce phénomène explique, sans doute, les effets de l'arrhénal dont les indications multiples sont encore incomplètement connues.

M. Soupault fait une communication sur le *traitement de la diarrhée chronique* (*Paraîtra dans la Revue*).

M. Lyon fait une communication sur le même sujet.

Si l'on a affaire à des alternatives de constipation et de diarrhée, il faut admettre que cette dernière ne représente que la conséquence de la constipation et faire disparaître celle-ci.

Si l'on se trouve en présence d'une diarrhée nerveuse, il faut toujours songer à une gastropathie latente. Si le système nerveux était seul en jeu dans les formes de ce genre, un traitement s'adressant à l'élément nerveux devrait guérir ces malades, or, tel n'est pas le cas. Il est bien plus rationnel d'admettre l'existence d'un état organopathique latent : on constate du reste que ces malades guérissent souvent avec un régime sévère et un traitement gastrique approprié.

Les diarrhéiques chroniques de ce groupe ne sont pas autre chose, en général, que des dyspeptiques hypopeptiques avec fermentations stomacales anormales. Les aliments ne séjournent pas dans l'estomac aussi longtemps qu'à l'état normal, ils sont expulsés par saccades et arrivent insuffisamment digérés dans l'intestin : arrivés là ils agissent comme des corps étrangers et provoquent des contractions spasmodiques de l'intestin et de la diarrhée.

Le traitement pathogénique est ici le seul rationnel. Il se divisera en trois indications : 1° Régime ; 2° traitement de la gastrite et accessoirement de l'entérite ; 3° traitement général.

1° Le régime lacté ne sera toléré que dans le cas où n'existe pas de dilatation stomacale et quand il y a peu d'hypopepsie. Dans les autres cas, surtout si l'estomac est le siège des fermentations exagérées, le lait ne fera qu'augmenter les accidents diarrhéiques. Chez l'apeptique enfin, le lait est encore plus mal toléré.

Comme régime on ordonnera des bouillies de féculents, de blé, d'orge, d'avoine, du vermicelle, de nouilles, des gâteaux de riz, etc. Plur tard, on permettra des jaunes d'œufs.

Si les fermentations gastriques sont intimes, on fera précéder ce régime par des lavages de l'estomac.

Le képhir, parfois mal toléré, excite dans d'autres cas la sécrétion de l'acide chlorhydrique.

Quand le malade commence à aller mieux, on peut permettre la viande pulpée à petites doses, et plus tard les cervelles, le poisson bouilli, etc.

Comme traitement médical, les alcalins (bicarbonate, phosphate de soude, etc.), donnent de bons résultats, mais sont mal tolérés quand on a affaire à des formes anormales. L'eau de Saint-Nectaire, source du Parc, à la dose de 1 à 2 verres par jour, est un excellent alcalin, fort efficace dans les maladies de ce genre.

Quand l'estomac est dilaté, mieux vaut s'abstenir de médicaments et recourir aux lavages stomacaux quotidiens, on en fera 10 à 12, avec de l'eau bouillie simple ou additionnée de 5 grammes de chlorure de sodium par litre. L'eau sera à 37-38° et la quantité de 1 à 1 1/2 litre par lavage.

Après une période de repos, on peut recommencer une nouvelle série.

L'orateur a reconnu que l'acide lactique (10 à 20 grammes par jour) était assez mal toléré par les adultes. Il n'a pas d'expérience sur l'acide chlorhydrique recommandé par Soupault.

Comme traitement non médicamenteux, le massage de l'estomac, quand celui-ci est dilaté, est utile, à condition d'être fait avec prudence.

Les bains chauds, les compresses chaudes sur la région abdominale peuvent aussi rendre des services.

S'il existe de la colite ulcéreuse, avec filets de sang dans les selles, on se trouvera bien des lavages intestinaux à l'eau simple, ou encore, dans les cas plus sérieux, des lavements contenant 0,20 à 0,50 gr. de nitrate d'argent pour un litre d'eau albumineuse.

La belladone et la codéine calmeront les coliques.

Le traitement général consistera en repos, séjour au grand air. L'hydrothérapie offre quelques ressources, le drap mouillé est quelquefois mal supporté ; on fera mieux de recourir aux bains chauds de courte durée.

Le tabac, cause importante d'hypopepsie, et l'alcool seront supprimés.

Le séjour aux stations de Plombières, Luxeuil, Néris, n'est indiqué qu'au *déclin de la maladie* si l'on envoi des malades atteints de diarrhée chronique à ces eaux au début ou à la période d'état de l'affection, les douches ascendantes surtout provoqueront facilement une aggravationde l'affection.

En résumé, pour traiter la diarrhée chronique, il faut avant tout traiter l'estomac.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

Valeur thérapeutique du calomel dans la grippe (*Thérapeutique Moderne Russe*, n° 20, 1901). — BERGMANN ayant trouvé une indication à ce sujet dans les travaux de Strumpel, et ayant en outre constaté les résultats favorables obtenus avec le calomel par les élèves de Zakharine, dans un certain nombre de maladies infectieuses, eut l'idée de se servir de calomel dans le traitement de la grippe.

Trois ans d'expérience l'ont convaincu que, du moins à l'heure actuelle, le calomel constitue l'agent thérapeutique le plus actif dans la lutte contre la grippe.

L'action salutaire du calomel se manifeste par un abaissement de la température, qui le plus souvent retombe de 40° et plus à la normale dès la première selle. Cette action se manifeste d'un autre côté par une diminution de la céphalalgie et des douleurs musculaires, ainsi que par une amélioration de l'état général, notamment par la disparition de la courbature.

L'auteur a administré le calomel dans toutes les formes de grippe — catarrhale, nerveuse, gastro-intestinale — et dans tous les cas le succès a été le même.

La manière d'administrer a été la suivante:

1° Dans les formes catarrhale et nerveuse une dose de 0 gr. 12, est répétée toutes les deux heures jusqu'à effet purgatif intense. Le maximum des doses a été de six;

2° Dans la forme gastro-intestinale on donne une dose de 0 gr. 36 et s'il n'y a pas de selle, au bout de 6 heures, une deuxième dose de 0 gr. 36; cette deuxième dose peut être remplacée dans des cas fort rares par 30 grammes d'huile de ricin (traitement préconisé par Mosler).

Dans aucun des cas observés, l'auteur n'a dépassé les doses indiquées. Ce qui doit particulièrement attirer l'attention, c'est ce fait que, sauf dans un seul cas (sur 98) où la grippe était compliquée de parotidite, il n'y a jamais eu aucune complication. Ce fait est très important et suffit à mettre le traitement par le calomel au premier rang, car ce sont précisément les complications et les affections post-grippales qui aggravent le pronostic de la grippe. Ajoutons encore que le calomel donne les meilleurs résultats dans la forme nerveuse qui est, comme on le sait, la plus grave.

Il n'est pas difficile, d'expliquer l'action du calomel sur la grippe; si, comme le pense Sokoloff et ce qui paraît très judicieux, la grippe représente une sorte d'intoxication aiguë, le traitement doit tout d'abord chercher à éliminer de l'économie les substances toxiques; or dans ce cas particulier les substances toxiques sont justement les toxines élaborées par les agents pathogènes de la grippe, et le calomel, grâce à son action physiologique satisfait mieux qu tout autre médicament, à ce desideratum. En effet l'action du calomel, comme on le sait, consiste à évacuer le contenu intestinal, à augmenter la sécrétion et l'élimination de la bile et en partie de l'urine. En outre le calomel constitue un excellent antiseptique du canal intestinal: sous son influence les processus de fermentation disparaissent, ce qui a pour résultat la disparition des gaz, tels que l'hydrogène et l'hydrogène sulfuré. C'est cette propriété anti fermentescible qui justifie pleinement l'administration du calomel particulièrement dans la forme gastro-intestinale de la grippe.

J. ROUBLEFF-

Injections de sérum dans les maladies infectieuses aiguës (*Gazette médicale russe* n° 44, 1901). — Refedoff rapporte un certain nombre d'observations d'où il résulte que, dans certains cas, les injections de sérum déterminent une notable amélioration de l'état général et une diminution du nombre des pulsations, un relèvement de la fonction cardiaque ; cette amélioration qui ne s'obtient pas toujours, n'est que de courte durée.

L'auteur estime que les injections de sérum dans les infections aiguës graves ne présentent pas d'avantages sur les autres procédés. Etant donné qu'elles sont assez difficiles à faire et qu'elles inquiètent les malades, il est d'avis de ne pas les pratiquer.

J. Roubleff.

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la faculté de Médecine.

Traitement de l'alcoolisme chronique par l'hypnothérapie (*Thérapeutique moderne russe*, n° 10, 1901). — L'hypnothérapie joue, à l'heure actuelle, en thérapeutique, un rôle incontestable et son application tend à s'élargir de jour en jour. Parmi les affections où l'hypnothérapie est indiquée, il faut placer l'alcoolisme chronique.

Veliamovitsch a eu recours à l'hypnothérapie dans l'alcoolisme chronique et c'est en se basant aussi bien sur son expérience personnelle que sur les renseignements recueillis dans la littérature médicale que l'auteur arrive à formuler les conclusions suivantes :

1° Parmi les mesures à prendre dans la lutte contre l'alcoolisme, il faut incontestablement reconnaitre un rôle important au traitement rationnel des alcooliques, sans, bien entendu, perdre de vue les mesures prophylactiques dans le sens le plus large du mot;

2° Les mesures thérapeutiques importantes par elles-mêmes ne le sont pas moins au point de vue prophylactique, car la guérison d'un alcoolique a pour résultat de prévenir la genèse de bien d'autres alcooliques, soit par la voie de l'hérédité, soit par celle de la contagion psychique ;

3° En ce qui concerne particulièrement la Russie, étant donné sa situation économique, c'est un rêve irréalisable que de songer à la construction en nombre suffisant d'établissements destinés spécialement au traitement des alcooliques ;

4° C'est donc l'application de plus en plus large de l'hypnothérapie qui constitue pratiquement parlant le procédé le plus utile dans le traitement de l'alcoolisme ;

5° L'hypnothérapie de l'alcoolisme chronique ne le cède en rien, par les résultats qu'elle donne, au traitement suivi dans les établissements anti-alcooliques spéciaux ;

6° L'hypnothérapie de l'alcoolisme chronique est fort commode et facilement applicable dans les centres ouvriers — il faut donc la propager le plus possible;

7° Pour que l'hypnothérapie donne tout le résultat voulu, il faut l'employer *régulièrement* et *systématiquement* et la *poursuivre au moins pendant deux à trois ans* ;

8° L'hypnothérapie est absolument sans danger, quand elle est appliquée par un médecin.

Dr Roubleff.

Un cas de rhumatisme articulaire aigu, avec une température de septicémie, traité par le sérum anti-streptococcique, par R. J. Chipman (*Medical Record* 1er février 1902). — M. R. J. Chipmann rapporte, chez une jeune femme de 25 ans, un cas de rhumatisme articulaire aigu qui se localisa aux articulations du doigt et du poignet et à celles du gros orteil et du genou gauche. Le salicylate de soude fut sans effet, et durant cette crise rhumatismale, qui persista 24 jours, la température s'élèva jusqu'à 39° et même jusqu'à 40°8, tandis que le pouls variait entre 110 et 146. L'auteur pensa à un rhumatisme infectieux, causé par le streptoccoque, et, craignant un dénouement fatal, à cause de l'état de prostration complète dans lequelle était plongée la malade, fit trois injections de sérum anti-streptococcique, qui furent couronnées de succès.

Ce sérum a déjà donné, d'après plusieurs observations, de bons résultats dans plusieurs cas d'érysipèle, de cellulite et de septicémie puerpérale, et, fait digne de remarque, a toujours échoué dans les cas de pneumonie.

M. Chipman pense que, pour certaines formes de rhumatisme articulaire aigu, il serait utile de recourir à ce mode de sérumthérapie, et rappelle que, dans le *Philadelphia Medical Journal* du 19 octobre 1901, un auteur signala la découverte, dans un cas de rhumatisme articulaire aigu, d'un nouvel organisme presque identiquement semblable au streptocoque, e qui, inoculé à l'animal, produisait une maladie ayant la même description clinique que celle du rhumatisme articulaire même. A l'autopsie de cet animal, on notait dans les cavités articulaires, et à la périphérie de ses articulations

des altérations du cartilage et de la sérosité trouble, causées par l'inflammation chez un cochon d'Inde. L'inoculation de ce nouvel organisme produisit de l'endocardite, et, chose curieuse, à la seconde attaque de rhumastisme que fit la malade, on rencontra encore le même organisme.

R. Blondel.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement des tuberculoses chirurgicales par l'électricité, par MM. Imbert (de Montpellier) et J. Denoyés. — Ces auteurs ont eu l'idée de faire pour la guérison des tuberculoses osseuses et articulaires ce que Doumer, Oudin, Rivière, etc., ont tenté pour la tuberculose pulmonaire chronique, à savoir : l'emploi des courants de haute fréquence. Ils produisent trois faits où ils ont obtenu deux améliorations et une guérison pour des tuberculoses avérées. Ce dernier cas concerne une arthro-synovite tuberculeuse du poignet, chez un homme de 34 ans, ayant des sommets atteints. Les fongosités ont paru disparaître très régulièrement et les mouvements ont été récupérés, le malade ayant pu reprendre son métier. Les bons résultats ont été contrôlés cinq mois après la cessation des *effluves de haute fréquence*, qui ont été appliquées 40 fois. Les séances durent de cinq à dix minutes. Les améliorations ont été constatées au bout de vingt séances dans les autres cas. Intensité de 400 à 500 milliamètres. Ces résultats sont à signaler, pour les mettre en regard des effets thérapeutiques obtenus chirurgicalement dans les mêmes cas.

A. Benoit.

Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval, par M. H. Toussaint (*Revue Médicale de l'Est*, 1er décembre 1901). — On a longtemps discuté pour savoir s'il faut opérer en état de shock ou non les jeunes blessés exposés à ce genre de traumatisme. Une observation de l'auteur, jointe à beaucoup d'autres, prouve que de violents coups de pied de cheval dans le creux épigastrique ou peuvent ne produire d'autre lésion que des *déchirures épiploïques*. Or, le sang qui s'accumule dans l'abdomen pendant l'hémorragie lente, et qui est capable de tuer le blessé en quelques heures, s'arrête presque spontanément après l'évacuation des caillots et l'exposition à l'air. Il faut donc toujours laparotomiser sans délai. Sans doute le shock nerveux et l'hémorragie interne offrent un tableau très voisin; mais il y a souvent, quelques heures après l'accident, une *matité dans la fosse iliaque* qui peut fixer le chirurgien et lui permettre d'agir en connaissance de cause Pendant qu'on opère, l'hypodermoclyse au sérum artificiel s'impose; quant à la toilette du ventre, elle se fera avec avantage avec des *compresses chaudes au carbonate de soude*.

A. Benoit.

Du traitement de l'appendicite par J. W. Dowden (*The Scottish Medical and Surgical Journal*, février 1902). — L'auteur cite, d'après « The International Medical Magazine » de novembre dernier, les résultats d'une enquête faite auprès de dix médecins et chirurgiens, les plus connus, d'Amérique, concernant le traitement de l'appendicite :

1) *Quel est le mode de traitement à prescrire durant les deux premiers jours d'une crise, légère ou même assez sérieuse, d'appendicite ?*

Cinq de ces médecins ou chirurgiens recommandent le repos, trois, l'opération, et les deux autres ne conseillent l'opération que si la crise n'est pas légère.

2) *Quel est le mode de traitement à suivre dans les crises graves d'appendicite, durant les deux premiers jours de son apparition?*

Neuf réclament l'opération, et un seul propose, avant tout, le lavage du colon.

3) *Quel traitement à imposer durant la période aiguë de l'appendicite, à partir du troisième jour de son apparition, quand la crise est légère ou modérée?*

Il y a trois distinctions à faire :

a) *Si l'état général devient pire*, sept font valoir l'opération.

b) *Si l'état reste stationnaire*, quatre sont pour l'opération, quatre autres contre, et les deux derniers restent indécis.

4) *Quel traitement faut-il adopter, quand, durant la période aiguë, la crise est très grave, et la résistance du sujet très diminuée?*

Neuf recommandent l'opération. Un seul conseille le lavage de l'estomac, en interdisant toute alimentation par la bouche ou par le rectum.

M. Ochsner, qui est le défenseur de cette dernière idée, affirme qu'au bout des douze premières heures après la crise, la douleur, le météorisme et l'état de dépression générale diminuent d'une façon très notable et finissent par disparaître en 34 ou 48 heures.

5) *Dans les cas d'appendicite, déjà traités médicalement, mais étant encore, au 4e ou 5e jour, en pleine crise aiguë, avec absence de douleur, de sensibilite, et persistance d'une tuméfaction dans*

la fosse iliaque droite, quelle conduite faut-il tenir?

Huit proposent l'expectation, un seul l'opération, et le dernier n'interviendra que si les conditions du milieu, dans lequel se trouve le malade, sont défavorables.

6) *Dans quelles circonstances doit-on ne pas intervenir pour une appendicite aiguë?*

Trois conseillent la non-intervention dans les cas où le sujet est moribond; un seul, quand l'attaque est légère, avec péritonite généralisée, et les six autres quand le malade est victime de graves complications générales.

7) *Enfin, après une simple crise d'appendicite, légère ou modérée, convient-il mieux, pour opérer, d'attendre que la convalescence soit complète, ou qu'une seconde ou troisième attaque apparaisse?*

Aux yeux de la plupart de ces chirurgiens ou médecins, l'opération doit avoir lieu après la première crise; il n'y en a que deux, parmi eux, qui conseillent, pour opérer, d'attendre la seconde ou la troisième attaque.

Murphy même affirme que « *la seule opération, qui sauve réellement la vie du malade, est celle qui est faite, dans les vingt-quatre heures suivant la première crise, par un chirurgien compétent.* »

L'auteur se demande, enfin, si le diagnostic d'appendicite peut, dans tous les cas, être plus rigoureusement établi. Avec Deaver, il pense qu'il n'est pas possible par la seule inspection des signes cliniques, de juger, à coup sûr, de la nature des lésions de l'appendice. Il recommande le repos le plus absolu, et de préférence, toutes les fois qu'il est possible, l'opération.

R. Blondel.

Quelques remarques sur l'appendicite et son traitement, par James Taylor (*The British Médical Journal*, 8 février 1902). — Pour l'auteur, il existe trois types d'appendicite: l'appendicite aiguë, l'appendicite foudroyante, l'appendice chronique.

La simple appendicite aiguë peut avoir différents modes de terminaison. Tantôt, elle aboutit à une complète et absolue guérison, tantôt, elle se complique par une suppuration localisée, ou même par les phénomènes généraux d'une appendicite foudroyante. Dans certains cas, la guérison peut n'être qu'apparente; de la douleur, de la sensibilité, de la tuméfaction peuvent, d'une façon intermittente, persister dans la fosse iliaque droite, avec quelque élévation de température.

L'appendicite foudroyante a pour résultat presque fatal la mort.

L'appendicite chronique, qui comprend tous les cas d'appendicite récurrente, ne guérit jamais médicalement.

M. Taylor avoue avoir obtenu d'excellents résultats, dans les cas d'appendicite aiguë, par le repos complet. Il ne croit pas que l'opium puisse masquer les symptômes très caractéristiques de cette affection, et recommande, à moins d'une constipation trop opiniâtre, de ne jamais troubler l'état statique de l'intestin.

Au sujet de l'appendicite foudroyante. M. Taylor conseille l'opération faite le plus tôt possible, car une pareille attaque d'appendicite est aussi dangereuse qu'un cas de hernie étranglée. L'intervention chirurgicale est, du reste, la seule chance de salut à invoquer.

Enfin, pour les cas d'appendicite chronique, l'opération est encore le seul traitement qui demeure rationnel. Bien des fois, l'appendice, dès qu'il a été extirpé, paraît être sain; mais à un examen plus minutieux, on constate le plus souvent une perforation microscopique, déjà produite ou sur le point d'éclater. M. Taylor cite un exemple à cet effet, et pense que, dans tous les cas d'appendicite chronique, l'opération devrait être de règle.

L'auteur termine cette étude en se demandant si l'on doit opérer ou ne pas opérer durant la crise de l'appendicite aiguë. Bien qu'il ait été constaté que trop souvent des attaques bénignes d'appendicite aient abouti à une appendicite foudroyante, M. Taylor croit néanmoins que l'opération tentée quarante-huit heures après la crise aiguë, causerait une mortalité beaucoup plus grande que celle faite dans la période à froid.

R. Blondel.

Du traitement conservateur de l'appendicite, et de sa guérison trompeuse par ce traitement, par J. H. Carstens (*The New-York Medical Journal*, 18 janvier 1902). — L'auteur cite trois observations d'appendicite où la mort survint en pleine temporisation, à peine 24 heures ou 48 heures après que l'opération eût pu être tentée. Dans l'un des cas, la gangrène avait envahi l'appendice et même le cœcum, causant une perforation, et, dans l'autre, il y avait eu formation d'un gros abcès appendiculaire.

Presque toujours, dit M. Carstens, la mort est le résultat de l'appendicite traitée par l'expectation, d'une façon conservatrice, c'est-à-dire médicalement. Sur 216 cas d'appendicite que l'auteur a recherchés, il y eut 160 appendicites opérées, et la mortalité fut de 8 0/0, tandis que dans 57 cas soignés médicalement on a noté une mortalité de 20 0/0.

M. Carstens conclut que, dans toute appendicite, l'opération doit être faite, et que jamais il n'est trop tard pour opérer. Même dans la

période aiguë de cette affection, l'opération doit encore être tentée, quoi qu'on ait pensé qu'il y eut grand danger à intervenir dans une semblable période. M. Carstens pense que plus on temporise, plus on laisse aux microbes la faculté d'accroître leur virulence. Aussi, tout en tenant compte de la puissance de résistance, variable d'un sujet à l'autre, et des différents degrés de l'infection bactérienne, recommande-t-il de ne pas hésiter à intervenir le plus tôt possible, après avoir soumis le malade au repos et à la diète la plus absolue, repos, surtout, de l'estomac et de l'intestin. L'auteur affirme que la temporisation est trompeuse, dangereuse, et que le vrai traitement conservateur de l'appendicite consiste dans une opération immédiate, c'est-à-dire dans l'ablation de l'appendice.

R. Blondel.

Quelques notes sur le traitement chirurgical de l'ictère par obstruction, d'après les résultats fournis par plus de deux cents opérations (*Medical Society of London The Lancet*, 18 janvier 1902). — M. A. W. Mayo Robson fait une communication sur plusieurs cas d'ictère chronique, par obstruction, et particulièrement d'ictère associé avec des calculs biliaires ou avec de la pancréatite chronique. Cet auteur rappelle que les causes qui donnent naissance à l'ictère sont très nombreuses et rendent souvent le diagnostic très difficile. En effet, l'ictère peut être occasionné : 1) par la cholélithiase du canal cholédoque: 2) par la pancréatite chronique; 3) par un simple rétrécissement du canal cholédoque; 4) par la sténose inflammatoire de ce canal ou du canal hépatique; 5) par le kyste hydatique du foie, vidant son contenu dans les canaux biliaires, ou comprimant ces canaux: 6) par des gommes envahissant les différents canaux d'excrétion du foie; 7) par l'inflammation catarrhale des canaux biliaires; 8) par le cancer du canal cholédoque; 9) par le cancer de la tête du pancréas; 10) par le cancer du foie; 11) par la cirrhose du foie; 12) et enfin, par d'autres causes, telles qu'un anévrysme de l'artère hépatique ou de l'aorte, ou par d'autres tumeurs du foie, de la vésicule biliaire, des reins et de l'intestin.

L'auteur pense, au point de vue du diagnostic, que, toutes les fois qu'un ictère apparaît, non accompagné de douleurs, il y a lieu de soupçonner un cancer du foie, ou une tumeur comprimant le cholédoque. S'il y a distension de la vésicule biliaire et amaigrissement rapide de l'individu, on devra songer au cancer de la tête du pancréas. De plus, quand les crises douloureuses surviennent régulièrement 24 ou 36 heures après l'apparition de l'ictère, il faudra penser à la cholélithiase.

L'hypertrophie du foie est beaucoup plus fréquente dans les cas d'occlusion biliaire due au cancer que dans ceux attribués à l'existence de calculs.

Une tumeur maligne est le plus souvent caractérisée par la présence de l'ascite.

L'ictère causé par les calculs est rarement continu, augmentant et diminuant d'intensité d'un moment à l'autre, tandis que l'ictère causé par une tumeur demeure toujours de teinte foncée.

De la graisse dans les matières fécales et de la glycosurie révèleront quelques altérations du pancréas.

Enfin, un muscle droit contracturé et une douleur très sensible à la pression, localisée en un point situé à 2 centimètres au-dessus et à droite de l'ombilic, permettront de soupçonner l'existence d'un calcul.

Au point de vue du traitement, M. Robson recommande, toutes les fois que le diagnostic est hésitant, de faire l'incision exploratrice. Dans les cas de tumeur maligne, l'intervention est presque toujours inefficace, et il n'y a que dans la plupart des observations d'ictère, dû à des calculs, que l'opération peut être utile. L'auteur rapporte 183 cas de guérison sur 212 cas d'ictère chronique causés par obstruction, et une mortalité de 13.6 0/0. Il pense que l'hémorragie et le shock sont les deux plus grands dangers à redouter dans les opérations faites sur le foie. Il conseille, contre l'hémorragie, le chlorure de calcium, et, une demi-heure avant l'opération, administre de la strychnine et un purgatif salin dans le but de diminuer l'intensité du shock. Enfin, M. Robson croit que, pour être couronnée de succès, l'opération doit être exécutée rapidement, et ne pas durer plus d'une heure.

M. J. H. Morgan partage l'opinion de M. Robson, au sujet de la précision du diagnostic à porter dans les cas d'ictère chronique par obstruction, et de la rapidité nécessaire de l'opération.

M. F. S. Eve pense que, dans les cas douteux, l'incision exploratrice doit être faite, surtout si le malade est jeune, et mentionne un cas de pancréatite chronique qui avait été diagnostiqué comme cancer de la tête du pancréas. Il croit aussi que, bien souvent, il est possible de faire glisser un calcul le long du canal cholédoque jusque dans la vésicule biliaire.

M. A. E. Barker signale plusieurs erreurs de diagnostic, qui font porter à tort le diagnostic du cancer, et pense que la rapidité de l'opération, avec la protection du malade contre le froid, suffisent pour éviter le shock.

M. W. Spencer croit que, pour le diagnostic, la durée de l'affection constitue un facteur important. Ainsi, dans les cas de cancer de la tête du pancréas, l'évolution de l'affection est rapide, tandis que, dans les autres tumeurs du foie ou de la vésicule biliaire, elle est beaucoup plus lente.

M. J. Hutchinson (jeune) dit qu'il ne faut pas exagérer l'importance de la rapidité dans l'intervention, et cite un cas de guérison sans opération, survenue chez un homme ayant de l'ictère, de l'ascite et des noyaux cancéreux dans le foie. Il se demande si la fixation de l'épiploon à la paroi de l'abdomen ne serait pas de quelque utilité dans les cas d'ascite.

M. A. F. Voelker désire savoir quelle est la dose de chlorure de calcium employée par M. Robson.

M. Robson répond en disant qu'il ordonne trois fois par jour, et deux ou trois jours avant l'opération, environ 0 gr. 20 de chlorure de calcium, et, aussitôt après l'opération, à peu près 4 grammes de cette solution saline.

R. Blondel.

Traitement des hémorroïdes par l'arsonvalisation. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 20 février 1902). — Stembo a pu vérifier l'exactitude des résultats obtenus avec les courants de hautes fréquences contre les accidents hémorroïdaires par Doumer. Stembo introduit une des électrodes dans l'anus, fait passer le courant pendant 3 minutes, et électrise ensuite le pourtour de l'anus pendant 3 minutes avec une autre électrode quand existent des bourrelets hémorroïdaires externes. Cette dernière partie de l'opération est parfois assez douloureuse : la première ne produit qu'une légère sensation de chaleur.

Les résultats varient : ils sont surtout bons dans les cas aigus qu'on peut souvent guérir radicalement en 2 ou 3 séances. Les cas chroniques sont beaucoup moins influencés et l'on ne peut parfois arriver à débarrasser entièrement les malades, quand existent déjà des modifications anatomiques. Si, au bout de 5 à 7 séances, le résultat thérapeutique est nul, on fera bien de cesser le traitement pendant 2 à 3 semaines : car on observe parfois que c'est justement pendant ce repos que des modifications heureuses du processus morbide se manifestent. Si, au contraire, (ce qui s'observe aussi), une aggravation survenait, il faut reprendre de suite le traitement, faire 5 à 7 séances nouvelles, et continuer, avec des intervalles de repos, jusqu'à guérison.

L'auteur a traité 11 malades : 3 n'ont pas continué la médication ; les 8 autres se divisent en 5 aigus et 3 chroniques ; chez deux de ces derniers, la guérison fut obtenue au bout de 20 séances, en deux mois. Un troisième malade, présentant du prolapsus du rectum, avec diarrhée chronique, vit s'améliorer ces 2 symptômes en même temps que les hémorroïdes. Chez les autres malades, la constipation se modifia notablement en cours de traitement.

E. Vogt.

Traitement du cancer par les caustiques, par Chas. Ott (*Saint Joseph Medical Herald*, décembre 1902). — Le cancer est une affection très commune, qui peut être traitée médicalement par les caustiques.

La méthode chirurgicale est surtout très employée aujourd'hui, car elle a l'avantage d'être prompte, de laisser peu de tissu cicatriciel. Mais elle n'empêche pas la récidive, qui est très fréquente et survient souvent de très bonne heure.

La méthode par les caustiques est plus heureuse, car, quand elle est bien employée, dit l'auteur, la récidive est l'exception et non la règle. M. Chas. Ott connaît bon nombre de cas cancéreux qui, traités par les caustiques, n'ont pas récidivé dans un espace de temps allant de 5 à 25 ans.

La supériorité de cette méthode réside dans ce fait que les caustiques détruisent profondément le tissu mortifié, épargnent le tissu sain jusque dans les petits noyaux cancéreux qui échappent à l'œil du chirurgien, ainsi que l'écrivait M. Bernay, et qui contiennent en eux-mêmes le germe d'une récidive presque fatale.

On a employé bien des caustiques dans le traitement du cancer. La potasse caustique et tous les chlorures et sulfates métalliques (chlorure d'or, d'argent, de paladium, de chrome) ont été utilisés. Mais, incomparablement, le chlorure de zinc est le plus efficace. M. Chas. Ott recommande la pâte suivante, qui amène une destruction rapide de la tumeur, avec formation d'escharres, sans danger de toxicité :

Chlorure de zinc.....	0 gr. 10 ou 0.20
Poudre de sanguinaire	0 gr. 10
Poudre d'hydrastis..	0 gr. 10
Orthoforme.....	0 gr. 15

L'auteur rappelle qu'il faut avoir soin d'appliquer cette pâte non seulement sur le tissu cancéreux, mais encore sur le tissu sain, et, dès que la mortification est apparente, détacher les escharres au canif.

L'emplâtre sera enlevé après une quinzaine de jours, et la plaie traitée comme une plaie ordinaire.

La guérison est rapide, et la cicatrice insignifiante.

R. Blondel.

Chloroformisation et éthérisation, par M. Poncet (de Lyon) (*Gazette des hôpitaux*, 6 mars 1901). — On sait qu'à propos de la communication de M. Huchard, ayant pour titre : *Anesthésie chloroformique chez les cardiaques*, le débat s'est élargi et que l'on a remis en discussion les causes de la mort par le chloroforme. Le distingué chirurgien de Lyon saisit cette occasion de mettre en parallèle les dangers de l'éthérisation et ceux de la chloroformisation, pour conclure à la grande innocuité de la première, comparativement avec la seconde. Cette vieille querelle suscite quelques arguments nouveaux à ce chirurgien : ce sont ceux tirés des expériences de laboratoire. Celles-ci semblent établir que l'éther, aussi bien comme agent caustique que comme poison, est moins actif que le chloroforme. Ces quelques raisons nous paraissent plus scientifiques que les procédés qui consistent à confronter des statistiques également fausses, lorsqu'elles ne sont pas rigoureusement personnelles. Or, la statistique d'un seul chirurgien, si importante soit-elle, ne saurait-être absolument décisive. Les accidents mortels par le chloroforme *paraissent* plus nombreux que ceux qui ont été causés par l'éther. Mais l'emploi presque universel du chloroforme, du moins en France et en Angleterre, ne permet pas d'établir un pourcentage exact, puisqu'il est impossible de connaître le nombre réel de chloroformisations qui sont pratiquées entre toutes les mains, depuis que la chirurgie a cessé d'être l'apanage de quelques-uns. Il n'en est pas ainsi de l'éthérisation qui demeure encore confinée à certains centres, comme celui auquel appartient le professeur de Lyon. Or, il est à remarquer que c'est surtout dans les centres hospitaliers que les décès ont été jusqu'ici observés. La raison en est claire : la chirurgien de ville est aujourd'hui presque partout assisté par un aide spécial, rompu à toutes les alertes, habile à les prévenir. De plus, n'est-ce pas surtout en ville qu'il s'abstiendra de donner le chloroforme à contre-cœur, ainsi que cela se fait tous les jours dans les centres nosocomiaux, où la responsabilité, nous l'avons dit récemment, est divisée d'une fâcheuse manière. Il suit de ce qui précède, et que nous croyons indubitable, que le nombre des chloroformisations dans les opérations en ville vient abaisser très fortement la mortalité des statistiques, hospitalières les plus défavorables de toutes. Mais, dira-t-on dans le camp opposé, c'est à l'hôpital que nous avons puisé de part et d'autre ces éléments de nos statistiques, qui sont tout à l'avantage de l'éther, celui-ci étant administré par des aides aussi peu éprouvés, au milieu d'une surveillance relâchée. Ceci prouve que l'administration du chloroforme est plus difficile que celle de l'éther, qu'elle exige une vigilance et une prévoyance spéciales, mais nullement qu'il soit plus meurtrier. Il reste à savoir si cette plus grande difficulté d'administration est un inconvénient aussi sérieux que les dangers d'inflammabilité, la longueur et souvent l'incertitude de l'anesthésie générale, enfin les complications pulmonaires reprochées avec une frappante unanimité (à défaut de statistiques) à l'éthérisation. A ces questions, M. Poncet répond avec plus de talent que de force de persuasion. Il faut ne s'être pas entièrement affranchi de tout parti pris pour passer sous silence les inconvénients graves de l'éther que nous rappelions plus haut, et pour ne pas reconnaître que le chloroforme étant moins aisément maniable que l'éther parce qu'il est sensiblement plus toxique, la plupart des morts qu'il a causées sont dues à de graves imprudences. Ces cas enlevés il demeure les cas foudroyants, dits par *inhibition nerveuse*, infiniment rares, où l'on s'est demandé, avec raison, si le malade n'est pas mort de peur ; or, sur ce chapitre, tous les anesthésiques généraux se valent.

A. Benoit.

Appareil pulmonaire

Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine

Le carbonate de créosote dans la pneumonie, par W. H. Thomson, (*Medical Record*, 1er février 1902). — Dans le « Medical Record » du 2 novembre 1901, M. Léonard Weber rapporte 9 cas de pneumonie traités par le créosotal ou carbonate de créosote, qui ont donné huit guérisons et une mort. M. Thomson expérimenta, à son tour, ce médicament, sur 18 malades atteints de pneumonie (15 hommes et 3 femmes), et obtint 17 guérisons. Il n'eut qu'un seul cas de mort.

Le carbonate de créosote exerce une action toute particulière sur l'évolution de la pneumonie, dont la température, après l'administration de ce médicament, tombe subitement en lysis, et, après s'être élevée de nouveau, devient irrégulière pendant quelques jours et atteint la normale.

De plus, dans les différentes complications de la pneumonie, dans les tympanites surtout, le

carbonate de créosote est encore très efficace. L'auteur eut l'occasion, dans cinq cas de pneumonie compliqués de tympanite, de juger des effets de ce médicament. Il prescrit d'ordinaire le carbonate de créosote de la façon suivante :

Carbonate de créosote.	20	grammes
Glycérine.....	5	—
Eau de menthe.... ad.	150	—

(Une cuillerée à café, toutes les deux heures, nuit et jour).

Jamais ce médicament n'a causé de troubles dans la sécrétion fonctionnelle du rein chez les malades soignés par M. Thomson, et même dans un cas, chez une femme ayant de l'anasarque, de l'hématurie et des bacilles tuberculeux dans son urine, le carbonnate de créosote, administré pendant neuf mois, amena la disparition compléte des bacilles de Koch et la guérison absolue.

R. Blondel.

La prophylaxie et le traitement de la phtisie, par Godfrey W. Hambleton (*The Lancet*, 28 décembre 1901). — La tuberculose est due à une toxine que le bacille de Koch produit directement ou indirectement.

Or, M. Godfrey W. Hambleton, d'après ses expériences, commencées en 1873, aboutit à cette conclusion que cette toxine est un produit naturel, existant normalement dans l'organisme. C'est un produit nuisible qui doit être éliminé et qui, toutes les fois qu'il s'accumule dans l'économie, indique un fonctionnement respiratoire insuffisant. En d'autres termes, cette toxine est fonction de certaines conditions physiques parfaitement définies, « conditions phtisiogéniques », ainsi que les dénomme M. Hambleton, et qui ont pour effet de réduire la capacité respiratoire de nos poumons.

Donc, basant sur cette hypothèse de l'origine de la phtisie son mode de prophylaxie et de traitement, l'auteur reconnait que le seul moyen d'échapper à ces « causes phtisiogènes » c'est de s'appliquer à savoir bien respirer, c'est d'apprendre à développer son thorax dans une proportion égale, en quelque sorte, à la surface respiratoire de ses poumons. Ainsi, par ce moyen pourra être détruite toute la toxine existant dans l'organisme.

M. Hambleton rappelle incidemment qu'en 1888 s'était formée en Angleterre une « Société Polytechnique de développement Physique » qui donna de remarquables résultats, et à laquelle plusieurs sujets, atteints d'une tuberculose commençante, durent leur guérison.

Le traitement, suivant l'auteur, ne fait que viser l'élimination régulière de la toxine des poumons, élimination que l'on peut faciliter en augmentant l'activité fonctionnelle des organes, de la peau, des reins ou des voies digestives, soit par l'usage des bains et des douches totales, soit par l'emploi des purgatifs, des diurétiques, etc.

L'auteur rappelle que le tuberculeux devra faire usage d'une bonne nourriture et entretenir son appétit sans jamais le forcer; il lui sera très salutaire de prendre le plus de repos possible jusqu'au jour où il pourra, dès qu'il en sera capable, prendre de l'exercice au grand air.

Un phtisique bénéficie grandement de ce traitement à la première période de son affection. La toux et l'expectoration disparaissent, la température revient à la normale, le poids augmente, le développement de la capacité respiratoire suit celui de l'amplitude de la poitrine, bref, l'état général est parfait. M. Hambleton, sur 50 cas de tuberculeux, pris à toute période, a pu obtenir 10 guérisons complètes, avec un accroissement de près de 5 à 6 centimètres de la circonférence thoracique.

R. Blondel.

La thyréothérapie dans l'apepsie gastrique des tuberculeux, par G. B. Allaria (*Rivista Critica de clinica medica*, n° 3, 1902).—Le traitement moderne de la tuberculose pulmonaire est essentiellement diététique : néanmoins, souvent le médecin trouve une grande difficulté à l'appliquer dans toute sa rigueur, parce qu'il a affaire à des formes compliqués de dyspepsie marquée. Dans ces cas, l'auteur a constaté dans le chimisme gastrique de profondes altérations qu'il suppose avoir un certain rapport avec l'atrophie très prononcée de la glande thyroïde, constatée par lui chez ces malades. Bozzolo avait déjà relaté au Congrès de Naples plusieurs observations dans lesquelles l'opothérapie thyroïdienne avait été suivie de bons effets. Allaria a depuis lors eu l'occasion de continuer le même traitement sur plusieurs malades qui en ont retiré de grands avantages : la guérison de la dyspepsie a permis chez eux la suralimentation. Bien que l'auteur ne formule pas d'opinion définitive et n'affirme pas l'infaillibilité de la méthode, il croit cependant devoir conseiller l'examen des fonctions stomacales dans la dyspepsie des tuberculeux et l'essai de l'opothérapie thyroïdienne, chaque fois qu'il y a des altérations du suc gastrique (diminution d'HCl, présence d'acide lactique, etc). L'auteur a employé presque toujours les tablettes de glande thyroïde.

A.-L. Percival.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Du traitement chirurgical de la sciatique, par George Halley (*Lancet*, 6 février 1902). — On a essayé bien des modes de traitement pour la guérison de la sciatique; le traitement médical est souvent insuffisant, et, dans certains cas, l'élongation du nerf sciatique aurait produit quelques bons résultats. Rose et Carlin, dans leur manuel de chirurgie, ont conseillé cette opération dans les névralgies sciatiques excessivement rebelles, dans les cas de paralysie ou de contracture des muscles innervés par ce nerf, paralysies dues à une blessure, à une cellulite ou à une périnévrite, enfin, dans les différentes paralysies de forme tabétique.

C'est en 1872 que, pour la première fois, l'élongation du nerf sciatique fut pratiquée par Nussbaum. En 1875, Callender expérimenta ce nouveau procédé de thérapeutique et avoua n'avoir jamais eu d'insuccès.

L'auteur, de son côté, eut l'occasion de faire sept fois l'élongation, dans plusieurs cas de névralgie sciatique, et obtint d'heureux résultats. Il pense que, si l'on intervenait de meilleure heure, dans de pareils cas, on pourrait enregistrer de plus nombreux succès.

Boulby, dans son livre sur « la sciatique », signale 13 cas de mort après l'élongation du nerf sciatique et attribue ces accidents à des lésions de la mœlle épinière.

Il est fort probable que l'élongation a pour effet de produire un engourdissement du nerf par la rupture des adhérences qui enveloppent la gaine névrilemmatique. Cette opinion est celle de Gorvers qui dit avoir constaté, dans tous les cas de névralgie sciatique, au lendemain de l'opération, cet engourdissement nettement localisé à la périphérie du nerf. D'autres auteurs pensent, qu'après l'élongation, il y a dégénérescence du nerf, puis régénération de ce dernier, mais ils ne savent quelle est la partie du nerf qui est le siège de cette modification.

M. Helley croit plutôt que la rupture des adhérences entre le nerf et les parties molles joue un rôle important dans la guérison de la sciatique, et cite deux cas où la douleur disparut pendant 4 mois, un cas où l'amélioration se maintint pendant 30 mois, et deux autres cas, où il y eut guérison durant 8 ans et 5 ans.

R. Blondel.

La ponction lombaire dans le traitement de la chorée de Sydenham, par R. Jemma (*La Pediatria*, n° 12, 1901). — Cette méthode a été employée l'année dernière par le Pr Bozzolo de Turin, dans plusieurs cas très graves de chorée. Les très bons résultats enregistrés ont poussé Jemma à l'essayer sur deux malades; ce dernier auteur, à son tour, est très content des effets obtenus et conseille la ponction lombaire spécialement chez les choréiques qui présentent des troubles graves de la motilité, parce que, même si après une période de calme les mouvements incoordonnés reviennent, ils sont toujours beaucoup moins accentués et les petits malades peuvent dormir, manger, etc. L'auteur ordonne en même temps des préparations arsenicales à haute dose.

Al. Percival.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr COURTADE

Ancien interne des hôpitaux

L'usage du camphre mentholé dans les maladies de la gorge et du nez par Lewis S. Somers (*Merck's Archives*, décembre 1901). — La combinaison du camphre et du menthol, à parties égales, donne un liquide clair, sans couleur, qui, par ses propriétés irritantes et secrétantes à la fois, est d'un heureux effet dans la plupart des affections du nez et de la gorge, tout particulièrement dans les rhinites chroniques, associées à la sclérose ou à l'atrophie des tissus, (rhinites atrophiques).

Sous son action, à une dose faible de 1/2 à 3 0/0, la secrétion tarit, après être devenue plus naturelle, et la muqueuse qui avait pris une teinte foncée, cesse d'être tuméfiée ou enflammée.

Le camphre mentholé peut être utilisé de différentes manières, soit en solution, comme dans la rhinite atrophique, soit en tamponnement, comme dans certaines laryngites, soit en pulvérisations, comme dans le catarrhe laryngé, soit en vaporisations, comme dans les rhinites à sténose intermittente.

Ce médicament peut être associé encore avec d'autres remèdes, tels que l'huile de pin, le cubèbe, l'eucalyptus, le gaultheria, la benzoïne, l'iodine, etc.

Dans le coryza aigu, M. Somers a obtenu d'excellents effets, en ordonnant au malade de 3 à 5 gouttes d'une solution de camphre mentholé à 2 0/0, en application directe sur la muqueuse des fosses nasales.

Mais c'est surtout dans les cas de rhinite subaiguë et chronique avec sténose intermit-

e nte et altérations nettement marquées de la muqueuse que l'auteur a pu constater les meilleurs résultats. La formule suivante lui paraît très recommandable, pour ces mêmes affections :

Chlorhydrate de cocaïne.	0 gr. 15
Huile de Cassia.....	0 gr. 70
Camphre mentholé....	0 gr. 90
Huile de pétrole q. s. ad.	10 grammes.

Lorsque la secrétion diminue, que la muqueuse pâlit et s'atrophie tout en se recouvrant de croûtes, c'est-à-dire, quand la rhinite devient sèche, M. Somers conseille le tamponnement au camphre mentholé, 2 ou 3 fois par semaine, en solution de 15 à 30 0/0.

Le tamponnement à demeure avec une solution à 50 0/0 est encore très précieux dans les cas de rhinite atrophique, associés à de l'ozène.

Enfin, dans les différentes formes de pharyngites aiguës et chroniques on utilisera avec succès les pulvérisations d'une solution du camphre mentholé de 3 à 5 0/0, combiné spécialement à de l'eucalyptus. L'auteur conseille, en application deux ou trois fois par semaine, la formule suivante :

Iode.....	0 gr. 70
Iodure de potassium....	2 gr.
Camphre mentholé.....	2 gr.
Huile de pétrole q. s. ad	4 grammes.

Cette médication est, du reste, très efficace dans des pharingites glandulaires, et dans les amygdalites hypertrophiées des jeunes enfants, du moins, dans tous les cas ou il n'y a pas formation de tissu fibreux autour de l'amygdale.

R. Blondel.

Ouverture secondaire du sinus latéral après les opérations pour carie de l'apophyse mastoïde, par Julius Rosenstern (*Med. Record*, V. 60, n° 21, 1901). — Lorsqu'il y a thrombose infectieuse du sinus latéral, (si l'on a pu éviter son ouverture lors de l'intervention pour suppuration mastoïdienne), on est néanmoins exposé à l'hémorragie secondaire, comme l'A. en relate un cas. Cette hémorragie est assez facilement arrêtée par le tamponnement à la gaze iodoformée, après avoir eu soin d'explorer la cavité du sinus jusqu'à son coude, si cela est nécessaire, afin de donner issue aux caillots. L'inflammation peut, malgré cela, se propager jusqu'à la *veine jugulaire interne* ; un gonflement œdémateux le long du cou annonce cette complication. On peut ici lier la veine, dont il a incisé même un petit bout entre deux ligatures. Cette observation a suggéré à l'auteur l'idée de rechercher si l'on doit lier préventivement la veine jugulaire dans les cas où le sinus a dû être nécessairement ouvert pour parer à des accidents de thrombose infectieuse. Si l'on consulte les statistiques de Koïner, de Jansen, il est impossible de se faire une opinion, car les résultats se contredisent et le nombre des guérisons est à peu près égal. Pourtant, un fait ressort de cette étude, c'est qu'il vaut mieux attendre, comme le conseille Macewen, que des signes d'infection de la jugulaire apparaissent et, d'autre part, s'efforcer d'épargner la jugulaire droite autant que possible. Chez un malade mort d'œdème cérébral après la ligature de la veine jugulaire droite, on trouva que la *fosse jugulaire gauche* ainsi que le diamètre de la veine de ce côté étaient très inférieurs à ceux du côté opposé. Des recherches anatomiques consécutives ont montré à Linser que cette dyssymétrie est assez fréquente. On est donc exposé, en liant la veine jugulaire droite, à causer des troubles dans la circulation cérébrale.

A. Benoit.

L'oxygène sous pression dans le traitement des otites, par G. Ferreri (*Archivio Italiano di Otologia*, n° 12, 1901). — Après avoir bien nettoyé et désinfecté les cavités nasales et l'entrée pharyngienne de la trompe d'Eustache. on fait pénétrer dans l'oreille moyenne un courant d'oxygène à la pression d'une demi-atmosphère. Si la membrane du tympan n'est pas encore perforée, il faudra pratiquer la myringotomie classique. Tous les jours on appliquera le traitement. Chaque séance ne doit durer que 5 à 10 minutes.

L'auteur donne les conclusions suivantes :

1° Le courant d'oxygène injecté par la trompe d'Eustache représente la meilleure méthode de lavage auriculaire dans tous les cas d'otite aiguë. Grâce à ce traitement, on fait disparaître rapidement toute suppuration ; la maladie se termine par la guérison.

2° Dans les otorrhées chroniques cette méthode donne aussi de très bons résultats lorsqu'il n'existe pas de légions osseuses.

Al. Percival.

Térébenthine dans l'épistaxis (*Wratsch*, n° 75, 1901). — Isatichik communique le cas d'un homme atteint de fièvre palustre, chez qui l'introduction dans le nez de tampons d'ouate imbibés de térébenthine a arrêté, par deux reprises, une épistaxis assez grave. A ce propos l'auteur rappelle qu'il y a déjà fort longtemps que Billroth a préconisé l'emploi de la térébenthine comme hémostatique.

J. Rouleff.

Ophtalmologie

Dr E. KOPFF

Médecin oculiste de l'hôpital St-Joseph

Traitement médicale du glaucome (*Thér. mod. russe*, n° 90, 1901). — Le Pr VICHERKEVITSCH attire l'attention sur ce fait que, depuis l'introduction dans la pratique oculaire de l'ésérine, on n'emploie celle-ci qu'en solutions très concentrées (1/2 à 1 0/0) qui déterminent parfois de fortes douleurs oculaires, des vomissements, des hémorragies dans le corps vitré, l'iris et la rétine.

C'est pour cette raison que les oculistes préfèrent parfois, dans le glaucome aigu, recourir à l'iridectomie plutôt que d'employer l'ésérine, médicament cependant inoffensif. La pilocarpine possède également des propriétés myotiques, mais à un degré bien moindre que l'ésérine.

Ce sont précisément ces considérations qui ont amené l'auteur à employer l'ésérine en solution très faible : 1/10 0/0 et même 1/14 0/0 toutes les demi-heures. Dans les cas où il est nécessaire de rendre l'action de l'ésérine plus rapide, l'auteur fait une injection de morphine dans le pourtour de l'œil. Il a pu, en procédant ainsi, prévenir plus d'une fois un accès aigu de glaucome. Une fois la rétrécissement de la pupille obtenu, l'auteur emploie une solution de pilocarpine à 9 0/0; et pour obtenir une diminution de la pression intra-oculaire, il emploie la cocaïne. Mais comme la cocaïne peut, elle-même, déterminer le glaucome, l'auteur y ajoute des médicaments myotiques et se sert d'un collyre ayant la formule que voici :

Salicylate d'ésérine.....	0 gr. 10
Pilocarpine	0 gr. 20
Arseniate de cocaïne...	0 gr. 05-0,10
Eau distillée.....	10 grammes

L'ésérine et la pilocarpine empêchent la cocaïne de dilater la pupille, sans cependant atténuer l'action de la cocaïne sur les vaisseaux (vaso-constriction) et la pression intra-oculaire (diminution de la pression).

Chez une de ses malades, l'auteur a observé l'action bienfaisante de ce collyre et cependant chez cette femme la sclérotomie n'a pas donné de résultats.

Enfin, ce n'est qu'après l'échec de ce traitement que l'auteur se décide à pratiquer l'iridectomie.

J. ROUBLEFF.

Dionine dans la pratique oculaire, (*Thérapeutique Moderne Russe* n° 11. 1901). — JOUNEVSKI, a constaté que l'instillation de dionine détermine une sensation de brûlure légère qu disparaît rapidement. Dans la conjonctivite aiguë, la dionine n'exerce, d'après l'auteur, aucune action, elle détermine même une aggravation dans les taies phlycténulaires. Dans le trachome, le xérosis de la cornée, l'épisclérite et la sclérite, la dionine, tout en exerçant une action analgésique, n'influe en rien sur le cours de la maladie. En revanche dans les taies de la cornée, surtout dans les cas récents de keratite diffuse, la dionine agit très favorablement, et amène un rapide éclaircissement de la cornée. Même action favorable dans les brûlures de la cornée par la chaux. Le larmoiement, déterminé par le rétrécissement du canal lacrymal, disparaît après une instillation d'une solution de dionine à 1/2 0/0.

La dionine agit le mieux dans les iritis comme adjuvant du traitement par l'atropine : après une instillation de dionine à 10 0/0, la pupille se dilate et la douleur disparaît. La dionine a déterminé une amélioration notable dans un cas de décollement partiel de la rétine.

Les expériences faites par l'auteur sur des animaux ont montré que la dionine accélère le mouvement de la lymphe dans l'œil. Jounevski arrive à la conclusion que la dionine doit être employée dans les cas où l'on cherche à supprimer les produits inflammatoires ou les exsudats séreux et à produire une anesthésie plus prolongée de l'œil. La dionine est contre-indiquée chez les individus atteints d'artériosclérose.

J. ROUBLEFF.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux

Des principes généraux à suivre dans le traitement des maladies de la peau, par WILLMOND EVANS (*The Lancet*, 4 janvier 1902). — L'auteur rappelle que le traitement des maladies cutanées n'est, en somme, qu'un chapitre de thérapeutique générale : et de fait, bien des affections ainsi dénommées ne sont le plus souvent que la manifestation à l'extérieur de phénomènes morbides de cause interne.

Par conséquent, dans le traitement des maladies de la peau, le régime aura une importance capitale. Plusieurs affections, en effet, telles que l'urticaire, n'ont-elles pas pour cause l'alimentation ? M. Evans recommande donc d'apporter une grande attention à la composition du régime, qui doit être très régulier, afin de ne

pas troubler les fonctions digestives ; au sujet de l'alcool et du tabac, il a constaté que leur abus a toujours favorisé l'apparition de maladies cutanées. Certains médicaments, ainsi que la qualité du savon et de l'eau que nous employons d'ordinaire, doivent être incriminés dans la production de ces affections. Le climat et l'atmosphère méritent encore une considération particulière, car ne savons-nous pas, d'un côté, combien fréquentes sont certaines formes d'eczéma, au bord de la mer, et, d'un autre côté, combien nombreuses sont les améliorations, par l'air marin, dans les cas de lupus ?

Il faudra donc, dit M. Evans, dans le traitement des affections cutanées, avoir recours à la médication externe, médication que complètera le traitement externe, car un grand nombre de ces affections relèvent d'un agent microbien local. Il semblerait, aujourd'hui, qu'il y ait, parmi les dermatologistes, tendance à exalter l'efficacité de celui-ci au détriment de la première. En effet, pour M. W. Evans, il y aurait grand abus des eaux minérales et des bains, ainsi que des médicaments à bases d'arsenic.

Enfin, l'auteur, après avoir parlé très brièvement des différents agents de médication cutanée, pommades, pâtes et poudres, note qu'au point de vue chirurgical la dermatologie peut devoir beaucoup, en certains cas, au grattage, à la greffe ou à la photothérapie.

R. Blondel.

Le traitement des ulcères chroniques de la jambe, par S. Jessner (*Dermatologische Vortræge fur Praktiker*, novembre 1901). — Le traitement des ulcères chroniques de la jambe varie quelquefois d'après la cause qui les produit. En effet, ces ulcères peuvent être occasionnées par un traumatisme, portant, ordinairement, sur des veines varicosées, ou bien, par la syphilis, à sa dernière période ; par le diabète, l'artério-sclérose, et la scrofule. La grossesse, les affections cardiaques et l'emphysème pulmonaire sont des causes prédisposantes qui favorisent la congestion veineuse.

Mais, en général, des règles communes devront être suivies dans le mode de pansement de tous les ulcères, de quelque origine qu'ils soient.

1) Tout d'abord, la jambe doit être très soigneusement lavée à l'eau chaude et au savon, puis, à l'alcool (à 58 ou 60 0/0), ou au lysol (1/2 à 1 0/0). La solution de Burrow à l'acétate d'aluminium, employée avec précaution, peut être utile.

2) En second lieu, le médicament doit recouvrir, non seulement l'ulcère, mais encore tout le tissu environnant. L'iodoforme tient le premier rang parmi tous les médicaments employés, qui favorisent la granulation. Suivant l'auteur, l'iodoformogène, à cause de son manque d'odeur, serait préférable. De bons résultats ont été obtenus avec l'icthoforme, qui est un composé d'icthyol et de formaldéhyde. La teinture d'iode, enfin, est aussi beaucoup en usage.

Quand la granulation de la plaie devient trop abondante, M. Jessner recommande l'emploi des astringents et des caustiques, tels que le sous-nitrate de bismuth ou l'acide borique pur, mélangé à de l'airol, à du xéroforme ou à du sous-gallate de bismuth.

Enfin, dans certains cas, il est nécessaire de gratter la plaie à la curette tranchante et de cautériser la surface avec le nitrate d'argent à 10 0/0.

Pour certaines variétés d'ulcères, telles que les ulcères gangréneux, il faudra employer de préférence une solution chaude de créoline à 2 0/0 ou de permanganate de potasse à 1 0/0, puis, après avoir fait l'ablation des tissus mortifiés, continuer le pansement à l'iodoforme ou même quelquefois au calomel.

Pour les ulcères diphtériques, la solution concentrée d'acide phénique est la plus recommandable.

Enfin, dans les cas d'ulcères douloureux, on utilisera une solution de cocaïne à 5 ou à 10 0/0 et, on pansera la plaie, de préférence, avec la poudre d'orthoforme.

M. Jenner rappelle que l'eczéma est très fréquemment lié aux ulcères de la jambe et conseille les formules suivantes :

Icthyol.....	2	grammes
Oxyde de zinc.....	15	—
Amidon.....	15	—
Huile de pétrole.....	60	—

ou bien :

Oxyde de zinc.....	10	grammes
Talc.....	10	—
Amidon.....	10	—
Acide borique.....	4	—

On pourra employer encore le sous-nitrate de bismuth pur ou mélangé au talc, ou bien la poudre de tannoforme, unie à l'oxyde de zinc.

Dans les cas d'eczéma sec, squameux, infiltré, l'auteur indique la préparation suivante :

Huile de cade..	ãã 1/2	10 grammes
Huile de pétrole.		
Alcool.....		
Ether..... .		

3) En troisième lieu, l'ulcère devra être recouvert, suivant la méthode de Unna, d'un pansement à la gélatine et au zinc, qui enveloppera toute la jambe, depuis le genou jusqu'au pied.

4) En dernier lieu, on appliquera un bandage de gaze amidonnée qui, lui-même, sera recouvert par un simple bandage ordinaire.

En principe, on ne devra toucher au pansement qu'au bout d'une semaine; cependant s'il y avait de la douleur et de la sécrétion, on pourrait, dès les premiers jours, renouveler ce pansement.

Enfin le malade, après avoir cessé tout traitement, devra porter un bas élastique.

Ce mode de traitement des ulcères de la jambe sera contre-indiqué dans certaines conditions qui rendent la méthode, que l'auteur a détaillée, absolument inapplicable, c'est-à-dire, dans les cas d'érésypèle, de phlébite, de lymphangite, ou de furonculose de la jambe, dont la thérapeutique est toute spéciale.

R. Blondel.

Argent colloïdal de Crédé dans le traitement des bubons (*Journal de Médecine militaire russe*, n° 10, 1901). — Dans 5 cas de bubons compliquant le chancre mou, Konsmitzky a employé des frictions avec une pommade à l'argent colloïdal de Crédé. Pour chaque friction sur le bubon lui-même ou dans son voisinage, on a employé 3 grammes de pommade. Les frictions ont été faites tous les jours.

Les résultats obtenus ont été peu favorables : la cicatrisation du chancre n'a pas été accélérée. Sur 5 cas, dans 4 les bubons ont continué à évoluer et fini par suppurer. Dans un seul cas, le bubon s'est résorbé; mais ici on peut songer à l'action favorable du massage (les frictions ayant été pratiquées pendant trente minutes chaque fois), cinq jours de suite.

Les frictions n'ont déterminé aucun accident.

J. Roubleff.

Diagnostic et traitement des affections gonorrhéiques des articulations (*Medicinskoïe Obosrenie*, n° 11, 1901). — Kylakovsky rapporte deux cas d'arthrite blennorrhagique où le salicylate de soude, largement administré, n'a donné aucun résultat. En revanche des compresses au salicylate de méthyle ont produit une action très favorable. Ce dernier traitement n'a déterminé aucun accident, ni local ni général. Moins d'une heure après l'application d'une de ces compresses on a pu constater dans les urines la présence de l'acide salicylique.

Le seul inconvénient présenté par le salicylate de méthyle est son odeur aromatique très prononcée et très désagréable. L'auteur a employé les compresses imbibées de salicylate de méthyle en applications quotidiennes pendant un mois.

J. Roubleff.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

Le traitement de la cystite, par Chac. Chassaignac (*Merck's Archives*), novembre 1901. — Il existe plusieurs variétés de cystite, qui diffèrent les unes des autres par leur étiologie.

La cystite, en effet, peut-être d'origine gonococcique, d'origine tuberculeuse, elle peut être due à un rétrécissement de l'urèthre, à une prostatite, à une tumeur, à un calcul, à un traumatisme, à une infection directe. Enfin, elle peut être causée encore par l'ingestion de certaines substances irritantes.

En général, quelle que soit la forme de ces différentes cystites, le repos, la diète absolue, le régime lacté sont de règle. Les purgatifs, les bains et les irrigations intra-vésicales avec des solutions antiseptiques très faibles, seront prescrits en même temps que les alcalins et les tisanes anodines.

Mais, à ce traitement général, on devra ajouter le traitement local de la cystite, variable avec le type étiologique.

Ainsi, dans la *cystite gonorrhéique*, on ordonnera, en même temps que le salol et les différents salicylates, l'huile de santal et les irrigations de solution chaude de permanganate de potasse à 1/0000 ou 1/8000.

Pour la *cystite tuberculeuse*, on conseillera la créosote et les toniques, les injections d'émulsion iodoformée et de préférence, les irrigations avec une solution de bichlorure de mercure ou les instillations au nitrate d'argent. En certains cas, l'administration de tuberculine a produit de bons effets. Enfin, si, à l'examen cystoscopique, on constate des ulcérations de la muqueuse vésicale, on fera, chez l'homme, la cystotomie sus-pubienne qui permettra le curettage et l'application des caustiques : chez la femme, après la simple dilatation de l'urèthre, le même mode de traitement devra être suivi.

Dans la *cystite due à un rétrécissement*, il faudra recourir à la dilatation de l'urèthre, à l'électrolyse ou à l'uréthrotomie interne.

Dans la *cystite d'origine prostatique*, on fera l'énucléation de la prostate par les voies sus-pubienne et périnéale combinées. Le cathété-

risme, avec les irrigations intra-vésicales et les antiseptiques urinaires, sera d'une précieuse utilité.

Dans les *cystites causées par un calcul ou par une tumeur*, on interviendra encore chirurgicalement, en faisant l'extirpation de ce calcul ou l'ablation de cette tumeur, de la vessie quelquefois même. Dans ce dernier cas, la transplantation des uretères sera pratiquée.

Enfin, dans les *autres cystites survenant à la suite d'une infection directe*, causée d'ordinaire par les instruments d'exploration vésicale, où à la *suite d'une infection des voies supérieures*, des reins, de l'uretère, (cystite descendante), les irrigations et antiseptiques seront prescrits, et dans quelques cas, on devra agir chirurgicalement.

R. Blondel.

De la cystotomie sus-pubienne dans les opérations faites sur la prostate, par Howard Lilienthal (*Medical Record*, 18 janvier 1902). — M. Lilienthal regrette que l'opération de la cystotomie sus-pubienne ne soit pas pratiquée plus fréquemment dans les différentes affections de la prostate qui nécessitent un traitement chirurgical, et particulièrement dans les cas d'hypertrophie de la prostate. A propos de cette dernière maladie, il eut l'occasion de faire sept fois la cystotomie sus-pubienne, et obtint cinq guérisons complètes. Une fois il y eut échec, et, dans un autre cas, la mort survint.

L'auteur fait remarquer que le procédé qui consiste à faire l'ablation de la prostate par une incision vésicale sus-pubienne peut se combiner parfaitement, suivant les différentes variétés d'hypertrophie de la prostate, avec l'énucléation, avec la prostatectomie périnéale, ou avec la prostatotomie électro-caustique de Bottini. Mais toujours, dit M. Lilienthal, le premier temps de l'opération doit être celui de la cystotomie sus-pubienne. On continue les temps successifs de la prostatectomie, soit par l'extirpation, à travers l'incision vésicale ou l'incision périnéale, des petits noyaux ou des grosses masses qui obstruent ou compriment l'urèthre, soit par l'énucléation de la prostate, soit par la galvano-cautérisation de cette glande, à travers l'urèthre ou à travers l'ouverture faite au périnée.

C'est à tort que les dangers de la cystotomie ont été exagérés, car cette opération est d'ordinaire rapide, simple, et presque jamais suivie de shock. Beaucoup moins sanglante que la périnéotomie, elle peut être pratiquée en moins d'une demi-heure.

M. Lilienthal a l'habitude, avant de faire une cystotomie, d'administrer un laxatif et un diurétique, l'urotropine, tout spécialement, et procède à l'opération de la façon suivante :

Après avoir vidé la vessie et gonflé d'air cet organe, l'auteur fait une incision sur la ligne blanche et, rétractant les muscles droits, soulève le feuillet péritonéal réfléchi, et pratique une ouverture dans la vessie. Puis, dès que la muqueuse qui recouvre la portion la plus proéminente de la prostate a été détachée, M. Lilienthal fait l'énucléation de cette glande. Quelquefois, il remplace ce dernier temps de l'opération par une périnéotomie, et profite de l'incision périnéale pour drainer par cette voie.

Quelques points de suture, de part et d'autre du tube de drainage, faits au catgut chromiqué, d'après la manière décrite par Gilson, (*British Medical Journal*, 1887), terminent l'opération.

R. Blondel.

Etiologie et traitement du mal de Bright, par John Winters Brannan, (*The New-York Méd. Journ.*, 4 Janv. 1902). — L'auteur envisage successivement la forme aiguë du mal de Bright et sa forme chronique.

La forme chronique de cette maladie n'est pas le résultat d'un processus inflammatoire, apparaissant primitivement sur place ; elle est l'aboutissant de troubles fonctionnels se produisant en d'autres points de l'économie. Donc, au point de vue thérapeutique, tous nos efforts devront tendre, puisqu'il nous est impossible de reconstituer le tissu d'un rein qui a été détruit, à ramener le rétablissement normal et régulier de ces fonctions.

On prescrira un régime sévère et, de préférence, on ordonnera les viandes blanches. Cependant, Von Nooden a conseillé les viandes rouges, conformément à ses recherches de ces deux dernières années qui lui ont prouvé que ces aliments ne contenaient pas plus de matières extractives que les autres. Toute boisson ou liqueur alcoolique sera interdite. Mais on conseillera les diurétiques, spécialement les eaux minérales alcalines, ainsi que les bains de vapeur. De temps en temps, on devra faire prendre au malade quelques purgatifs. Comme médicament, la nitroglycérine, ainsi que le Dr Quinly l'a démontré, peut être quelquefois d'une très grande valeur.

En somme, le traitement du mal de Bright chronique est diététique, et hygiénique plutôt que médicamenteux.

Dans sa forme aiguë, le mal de Bright est mieux connu et son étiologie plus nette. Deux causes principales interviennent ici : les maladies infectieuses, principalement la scarlatine, et le froid ; encore est-il, (d'après l'histoire de l'une des observations détaillées de M. Brunnan,) qu'au cours de la scarlatine avérée, la né-

phrite ne se produit guère que si le froid intervient. Ainsi, selon cet auteur, si la clientèle d'hôpital est moins sujette à la néphrite scarlatineuse que celle de la ville, c'est qu'elle est plus endurcie qu'elle aux intempéries.

Le traitement, dans cette forme aiguë de néphrite, devra s'adresser aux causes provocatrices de la maladie, c'est-à-dire, dans l'un des cas, au poison de la fièvre scarlatine, dans l'autre, à l'action incontestable du froid.

R. Blondel.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL,

Chef du Laboratoire de la Maternité,

à l'hôpital de la Charité

Du traitement de la dysménorrhée, par A. Theilhaber (München) (*Centralb. für Gynæk*, 7 décembre 1901, n° 49). — Selon l'auteur, les 3/4 des cas de douleurs menstruelles sont sous la dépendence, non pas de conditions anatomiques (myomes sous-muqueux, périmétrite, etc.) mais de troubles fonctionnels. La dysménorrhée est due à une contraction tétanique du sphincter de l'orifice interne, comme les crampes de l'estomac, de l'intestin, sont causées par un spasme du pylore, du cardia, etc. Ce spasme des fibres musculaires lisses est, en première ligne, sous la dépendence d'une surexcitation anormale du système nerveux, hystérie, neurasthénie, surmenage intellectuel, onanisme, etc. Dans les cas graves, quand le traitement général échoue, l'auteur conseille de diminuer la contractilité du sphincter en réséquant de petites parties, de faire la résection de l'orifice interne. La guérison spontanée de la dysménorrhée après l'accouchement s'explique précisément par la formation, durant l'accouchement, de petites fissures de l'orifice interne, auxquelles succède un tissu cicatriciel. On peut faire la résection à ciel ouvert en décollant le col de la vessie et en incisant la paroi cervicale antérieure jusqu'à l'orifice interne. L'auteur a toujours préféré dilater le col jusqu'à 10 millimètres, inciser de chaque côté, introduire un bistouri jusqu'à l'orifice et réséquer un petit lambeau de la muqueuse et de la musculeuse sur la ligne médiane en avant et en arrière. Et, pour éviter que l'incision soit ou trop profonde ou trop superficielle, il a fait fabriquer un bistouri ayant une lame de 1 1/2 centimètre de longueur, un tranchant de 6 millimètres de profondeur, et portant au dos deux arrêts transversaux ayant 3 millimètres de largeur qui empêchent le tranchant de pénétrer à plus de 6 millimètres de profondeur. Après l'excision, on peut suturer ou non les plaies; chez les femmes stériles, l'auteur ne suture pas, pour augmenter les chances de conception. Jusqu'à présent il a opéré 22 fois avec succès.

R. Blondel.

Deux cas d'infection puerpérale traités par le sérum antistreptococcique, par J. Grinevitch (*Waatscheb. Gaseta*, 1901, n° 44. — Femme de 24 ans, vue 7 jours après l'accouchement. Frissons violents, t, 41°4, pouls à 120. Ventre météorisé et douloureux, arthralgies. Dans l'intervalle, entre les frissons, la température s'abaissait. On fit une injection de 10 centigrammes de sérum antistreptococcique, répétée le lendemain ; le lendemain soir, la température tomba à 37°5, le frisson ne revint plus; les arthralgies disparurent, les lochies devinrent plus abondantes. L'état général s'améliora les jours suivants. Au niveau de l'injection se développa une induration du volume du poing qui ne disparut que lentement et grâce au massage.

La seconde observation est en tous points analogue. L'injection de 10 centigrammes de sérum a fait tomber la température de 39°8 a 36°4 et amené la disparition graduelle des troubles généraux.

R. Blondel.

Sérothérapie des affections puerpérales, par L. Libov (*Wratchebnaïa Gaseta*, 1901, n° 44, p. 850.) — L'auteur publie 8 observations de fièvre puerpérale traitées par le sérum antistreptococcique. Il s'agissait de femmes dont l'état général était plus ou moins grave ; la température était de 39°2 à 40°, le pouls fréquent, les lochies fétides. Dans tous ces cas, l'injection de sérum a donné des résultats remarquables, la dose étant de 20 à 39 centigr. ; tantôt la première injection suffisait déjà pour abaisser notablement la température et améliorer l'état général ; mais, après une seconde dose, le résultat était certain. Toutes ces malades ont guéri. En même temps, l'auteur donne une neuvième observation d'infection puerpérale où l'entourage s'était opposé aux injections. La malade succomba, malgré les lavages répétés de la cavité utérine. Se basant sur ces faits, l'auteur conclut que le sérum antistreptococcique doit être recommandé en même temps que les autres moyens de combattre l'infection.

R. Blondel.

La stypticine dans les hémorragies utérines, par B. J. Boldt (*Merck's Archives*, novembre 1901). —La stypticine ou hydrochlorate de cotarnine,

d'après la dénomination que lui a donné le Pr Martin Freund, est un produit dérivé, dû à l'oxydation de la narcotine, qui, elle-même, est un alcaloïde obtenu de l'opium. Ce médicament nouveau, soluble dans l'eau, se présente sous la forme d'une poudre jaune, finement cristallisée, et son action physiologique a été bien étudiée par Falck, de l'Institut de Pharmacologie de Berlin.

D'après les expériences de M. Boldt, la stypticine serait de précieuse utilité pour combattre certaines hémorragies utérines.

A la dose de 5 centigrammes, 3 ou 4 fois par jour, pendant 3 ou 4 mois (sauf pendant la période menstruelle), ce médicament agirait efficacement chez les jeunes filles vierges, anémiques, qui ont, d'ordinaire, une menstruation irrégulière et abondante. A la même dose, administrée quatre jours avant l'arrivée des règles, chez les femmes parfaitement réglées, mais ayant une menstruation profuse, la stypticine aurait donné d'excellents résultats.

Les effets de ce produit ne sont pas moins remarquables dans les hémorragies consécutives à l'accouchement et à la ménopause, ou survenant dans le cours de la métrite chronique, de l'endométrite fougueuse, de la grossesse même, ou après une subinvolution de l'utérus post puerperium, surtout dans les paramétrites ou dans les périmétrites hémorragipares. La stypticine aurait produit les meilleurs résultats, dès le troisième ou le quatrième jour, l'hémorragie diminue, et, petit à petit, finit par disparaître.

M. Boldt ne pense pas que ce médicament soit utile dans les hémorragies qui ont pour cause les néoplasmes ou les fibro-myomes, bien que pourtant, on ait rapporté plusieurs observations de tumeurs fibreuses, caractérisées par des métrorragies que la stypticine a arrêtées.

L'auteur termine en recommandant ce produit, à la dose de 15 à 20 centigrammes en injections sous-cutanées, dans la région fenière de préférence. Deux à trois injections suffisent pour obtenir le résultat désiré. Le remède peut être aussi donné, en tablettes ou en capsules, par la voie buccale.

R. Blondel

Traitement de l'éclampsie (*Med. Obosr.* n° 11, 1901). — Durant ces trois dernières années Stroganof a eu l'occasion d'observer 92 cas d'éclampsie et a employé d'une façon systématique la méthode de traitement que nous décrivons plus bas. Sur les 92 malades, 5 sont mortes, ce qui constitue la proportion de 6,4 0/0.

De ces 5 cas, où le traitement a échoué, il faut en retrancher trois, car les parturientes sont arrivées à l'hôpital dans un état désespéré.

Parmi les femmes qui ont guéri, il-y en a eu de très gravement atteintes. L'action du traitement s'est manifestée particulièrement par la diminution du nombre des accès. Pour l'auteur, l'éclampsie est une affection infectueuse aiguë, mais légère. Il estime que le principal but à atteindre, c'est de supprimer ou tout au moins d'atténuer les convulsions; après il faut songer à régulariser la circulation et la respiration.

Pour atteindre le premier but Stroganoff emploie systématiquement la morphine en injections sous-cutanées et l'hydrate de chloral (soit à l'intérieur, soit sous forme de lavements). Dès que l'accès commence, il injecte 0 gr. 015 milligrammes de morphine. Au bout d'une heure, et même plus tôt si la malade est agitée, il fait une nouvelle injection. Deux heures après la deuxième injection, ou plus tôt si l'on est menacé par un nouvel accès, on introduit dans le rectum 2 à 3 grammes d'hydrate de chloral en solution aqueuse. On répète le lavement quatre heures plus tard; nouveau lavement au bout de 6 et 8 heures en diminuant progressivement la dose du chloral jusqu'à 1 à 2 grammes. Si les accès sont fréquents, on augmente d'une part les doses, d'autre part, on diminue la longueur des intervalles. On éloigne de la malade tout ce qui pourrait l'irriter; le toucher et l'accouchement sont pratiqués sous le chloroforme.

Quant à la régularisation de la circulation et de la respiration, on nettoie soigneusement les cavités buccale et nasale, on applique des ventouses sèches; on administre l'oxygène, la digitale; on pratique enfin des injections de sérum.

J. Roubleff.

Pédiâtrie

Dr THIERCELIN

Chef de clinique à la Faculté de Médecine

La médication cacodylique chez les enfants, par C. Lalli (*La Pediatria*, nos 9-10, 1901). — L'auteur étudie rapidement les diverses préparations cacodyliques et en donne la posologie : après avoir discuté les voies d'absorption et d'élimination du médicament et son action physiologique, il donne huit observations de malades traités à la clinique pédiatrique de Naples. Trois malades ont reçu du cacodylate de soude, et cinq du cacodylate de fer. Les effets furent très remarquables : l'action du médicament est manifeste sur le nombre des hématies qui augmentent rapidement, tandis que l'hémoglobine n'est influencée que par le sel de fer. Le poids du corps ne subit guère l'influence de

la cure ; les échanges organiques sont activés et plus complets. L'état général surtout s'améliore beaucoup chez les malades.

L'auteur conseille aussi la médication cacodylique dans la tuberculose, car elle a une action très marquée sur la fièvre et l'affaiblissement qui proviennent de l'infection. La dose à employer pour les enfants est de 0 gr. 01 jusqu'à un an; de 0 gr. 02 à 0 gr. 03 jusqu'à trois ans; de 0 gr. 05 jusqu'à dix ans. Après 15 jours de traitement il est utile de suspendre la médication pendant une semaine au moins ; il faut absolument la suspendre chaque fois que se manifestent des phénomènes d'intolérance. L'auteur a toujours pratiqué les injections hypodermiques sans le moindre accident, mais, dans la clientèle, il conseille, comme méthode de choix, l'administration par voie buccale.

AL. PERCIVAL.

Les phosphates calciques et le thiocol dans les tuberculoses infantiles par le Dr SANTIAGO-MARO (*Revista de Medicina Cirurgia Practica*, 20 janvier 1902). — L'auteur, professeur à l'hôpital de Palencia, a observé surtout des formes de typho-bacillose de Landouzy et de tuberculose généralisée chronique apyrétique. Il a vu plus rarement la forme broncho-pneumonique et la bronchite capillaire.

Ces différences cliniques de la manifestation tuberculeuse tiennent-elles à l'aptitude plus ou moins grande du terrain à l'infection ou sont-elles plutôt dues aux conditions chimico-biologiques du bacille ? Le Dr Maro incline plutôt à adopter cette dernière explication.

Il a essayé toutes les préparations phosphatiques à base de chaux, mais surtout le glycérophosphate et le chlorhydrophosphate administrés par voie gastrique et hypodermique.

Parmi les préparations créosotées, il n'a employé que le thiocol, qui a l'avantage de n'avoir ni mauvais goût, ni odeur, d'être très soluble dans l'eau, de ne pas irriter la muqueuse gastrique et de ne pas occasionner des phénomenes d'intoxication, même employé à forte dose.

Les effets curatifs qu'on obtient avec cette médication sont-ils dus à l'influence directe sur le microbe ou bien à l'action exercée sur le terrain ?

L'auteur pense que la créosote et tous ses dérivés augmentent directement la résistance des tissus sains; s'opposant à l'attaque du bacille, ils n'ont pas une action spécifique sur celui-ci, car, si tel était le cas, la dose de médicament à administrer serait si élevée qu'on risquerait des accidents.

Les quantités employées sont de 2 à 3 grammes par jour de thiocol divisés en 4 doses, et, pour le chlorhydrophosphate, deux ou trois cuillerées par jour d'une solution à 6 0/0.

F. BERINI.

Un cas de diarrhée épidémique survenue chez un enfant et traitée par l'irrigation de l'intestin, par WILLIAM BENNETT (*The Lancet*, 21 décembre 1901). — Au sujet de l'épidémie de diarrhée infantile qui causa dernièrement, à Londres, une grande mortalité, M. W. Bennett rapporte un cas fort intéressant de guérison due à l'injection dans le rectum, avec la seringue ordinaire d'Higginson, d'une solution de permanganate de potasse.

La dose de ce médicament, dans un demi-litre d'eau environ, pouvait être évaluée à celle d'une cuillerée à café. Quarante-huit heures après cette injection, l'enfant, âgé de sept mois, prit quatre grammes d'huile de ricin et le lendemain, huit grammes de ce même purgatif. Au bout d'un mois, la guérison était complète.

Ce mode de traitement, dit l'auteur, est facile, rapide, absolument inoffensif et prompt en résultats, et, quand la diète et l'emploi des antiseptiques ne produisent pas immédiatement de réels bénéfices, il faut recourir au lavage de l'intestin par le procédé décrit.

R. BLONDEL.

Comparaison entre la trachéotomie et l'intubation dans le traitement du croup, par CHAMPON (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, vol. 80, 1901). — L'intubation, inventée en 1858 par Bouchut, fut reprise en 1881 par O'Dwyer qui perfectionna l'instrumentation et en fit connaître la pratique.

Manuel opératoire. — Le tubage est plus rapide, exige moins d'aides que la trachéotomie qui, faite sous l'anesthésie n'est ni difficile, ni dangereuse.

Après l'une ou l'autre opération, la dyspnée disparaît, à moins que la diphtérie n'ait envahi la trachée et les bronches.

Le placement du tube peut refouler les membranes qui interceptent alors le passage de l'air; dans deux cas, on dut pratiquer la trachéotomie, cet accident ne s'est jamais produit dans le placement de la canule. Quand le tube est en place, il survient pendant quelque temps une toux favorable qui expulse des mucosités; l'agitation persistante indique une intolérance pour le corps étranger du larynx ; si le tube est expulsé facilement, il faut recourir à la trachéotomie.

Les fausses membranes qui se détachent en masses obturent plus facilement le tube que la canule dont la lumière est plus large: du reste, il est facile, pour n'importe quel aide, d'enlever la canule interne pour la désobstruer et de la

remettre en place, ce qui n'est pas le cas pour le tube. Si ce dernier se bouche, il faut le retirer, le nettoyer et le remettre en place, d'où la multiplicité fréquente des intubations qui ne peuvent être faites que par le médecin.

Si le tubage est très praticable dans un hôpital, il n'est pas aussi rassurant que la trachéotomie dans la clientèle privée, surtout si le médecin est très éloigné de son malade.

Pour l'indication clinique de l'une ou l'autre opération, il faut tenir compte : 1° de la forme clinique du croup ; 2° de la période où l'on intervient ; 3° de l'âge de l'enfant.

La dyspnée croupale peut tenir à la présence des exsudats ou à un spasme laryngé ou aux deux causes ensembles.

Dans les cas spasmodiques, l'enfant expectore des mucosités, mais peu de membranes ; le tubage est, dans ce cas, le moyen de choix.

Dans la dyspnée d'origine membraneuse, il y a toujours à craindre que l'introduction du tube ne détache l'exsudat.

Dans les cas où les membranes se reforment rapidement ou ont envahi la trachée, la trachéotomie est préférable, car elle est plus favorable à l'expulsion des exsudats.

On pourra essayer le tubage à plusieurs reprises et, s'il échoue, recourir à la trachéotomie.

Le tubage donne de bons résultats quand on le pratique au début du croup et que l'injection de sérum est prévue. Si l'on ne voit l'enfant qu'à une période avancée de la maladie, la trachéotomie donne de meilleurs résultats.

Au-dessous de 2 ans, le tubage est préférable à cause des dangers de la trachéotomie.

Les enfants tubés s'alimentent difficilement au début ; la nourriture devra être demi-liquide ; chez quelques-uns, la dysphagie est persistante et empêche l'alimentation. Après la trachéotomie ces inconvénients n'existent pas, ce qui est à considérer.

La détubation est, par contre, plus facile que le décanulement ; la dyspnée qui survient peut tenir à la crainte d'être privé du secours du tube ou de la canule chez des enfants nerveux ou encore à la paralysie des dilatateurs.

Après l'ablation du tube, la voix reste rauque pendant quelques jours : l'extraction de la canule laisse une plaie qui exige des soins spéciaux et qui peut laisser une fistule ou s'accompagner de la formation de bourgeons trachéaux.

Le tubage peut, à son tour, donner lieu à des ulcérations laryngées qui ne sont pas sans danger.

Pour Landouzy, les anciens trachéotomisés, sujets à la tuberculose, ne dépasseraient pas 20 ans, ce qui semble exagéré à beaucoup de praticiens.

A. Courtade.

Pharmacologie

Dr E. Vogt

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Quelques notes de thérapeutique sur l'apomorphine, sur la chloretone, la salicine, la stypticine et le protargol, par E. S. Beadles (*Mercks Archives*, janvier 1902). — Jusqu'à l'année dernière, l'*apomorphine* était considéré comme un cinétique, qu'on utilisait surtout en injection hypodermique, et qui entrait souvent en combinaison avec les différentes potions expectorantes. Au mois de juin 1900, M. J. Douglas démontra que ce médicament était un hypnotique, et l'ordonna, en injection hypodermique, à la dose de 0,002 milligrammes. M. Beadles expérimenta avec succès les nouvelles propriétés de l'apomorphine chez un asthmatique, en proie à l'insomnie, et dans plusieurs cas d'hystérie et d'alcoolisme aigu, avec surexcitation, à la même dose de 0,002 milligrammes. L'auteur note un peu de nausée, du mal de tête, et de la constipation, après l'administration de ce médicament.

Le *chlorétone* est un produit récent, formé par l'action combinée du chloroforme, de l'acétone et d'un alcalin. Ce médicament est à la fois un hypnotique et un anesthésique qui n'affecte, dit-on, ni le cœur et ni les centres nerveux de la respiration. M. Beadles eut l'occasion de constater les propriétés particulières du chloretone, et pense que son emploi doit être réservé, ou tout au moins contre-indiqué, dans les affections respiratoires, d'origine centrale, et dans différentes formes de gastrite par parésie.

L'auteur ajoute avoir encore utilisé ce médicament dans le cancer de l'estomac, et, en combinaison avec l'extrait de capsule surrénale, dit avoir obtenu d'excellents résultats dans les cas d'asthme et de rhinite hypertrophique.

La *salicine* a produit de remarquables effets dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, et doit être ordonnée, *à fortes doses*, depuis 6 centigrammes jusqu'à 20 centigrammes toutes les heures. M. Beadles recommande au malade de prendre ce médicament, très régulièrement, jusqu'à la cessation complète de la moindre douleur, et même lui conseille, après la guérison, afin de prévenir une nouvelle crise, de continuer la même médication deux ou trois fois par jour.

L'auteur ajoute, qu'associée au massage et au

traitement général diététique et hygiénique, l'administration de la salicine a donné des résultats très satisfaisants.

La *stypticine* ou hydrochlorate de cotarnine est un hémostatique très efficace, à la dose de 10 à 20 centigrammes, dans les hémoptysies, dans les hématuries, et dans toutes les métrorrhagies, exception faite de celles survenant au cours d'une endométrite fongueuse ou sont causées par les tumeurs de l'utérus. Ce médicament peut être prescrit en tablettes ou en injections hypodermiques.

Le *protargol*, qui fut introduit dans la thérapeutique par Neisser en 1897, constitue un composé d'argent, bien préférable au nitrate d'argent. C'est une poudre légèrement jaune, qui contient 8,3 0/0 de ce métal, et qui, en solution variant de 0,4 0/0 à 10 0/0, produit de bons résultats dans tous les cas d'otorrhée chronique, de conjonctivite et de gonorrhée. L'auteur a expérimenté encore, avec succès, ce médicament, dans l'uréthrite spécifique, dans la cystite, dans la vaginite, dans l'endométrite, dans les éruptions de furoncles et d'abcès, et dans l'ophtalmie des nouveaux-nés.

Enfin, M. Beadles note spécialement que pour la blennorrhagie, traitée par le protargol, à dose faible, la guérison peut avoir lieu au bout de dix jours. Mais il est nécessaire, pour ce résultat, que les injections soient faites très régulièrement, sans aucune force, et que le liquide injecté soit retenu au moins trente minutes.

R. Bloxcel.

Emploi de l'amyloforme (*Gazette méd. russe* n° 42, 1901). — L'amyloforme est une combinaison chimique d'amidon et de formol possédant de fortes propriétés antiseptiques, il se présente sous forme d'une poudre blanche, sans odeur ni saveur, complètement insoluble et indécomposable à la température de 180°.

Une fois en contact avec les sécrétions des plaies et des ulcères, ainsi qu'avec les tissus organiques, il se décompose petit à petit et c'est grâce à cette décomposition qu'apparaît l'action antiseptique du formol. Pris à l'intérieur, l'amyloforme s'oxyde entièrement et désinfecte le canal intestinal.

A l'extérieur, il s'emploie soit en nature en épispasme, soit sous forme de gaze.

On prépare la gaze amyloformée en faisant imbiber de la gaze par la solution suivante :

Amyloforme.....	5 à 10 grammes
Glycérine	10 —
Esprit de vin.....	50 —
Ether.....	0 gr. 50
Huile de ricin.....	0 gr. 50

Cette solution est stérilisée dans une étuve à vapeur.

Ordine préconise l'emploi de l'amyloforme dans de différentes ulcères et plaies (particulièrement ulcères de la jambe) dans les fissures, brûlures, abcès, phlegmons, ongles incarnés, eczéma et enfin dans les écoulements purulents de l'oreille chez les enfants.

L'auteur l'emploie le plus souvent sous forme de poudre.

D. Roubleff.

Airol (*Medicinskoïe Obosrenie*, n° 12, 1901). — Dans près de 200 cas d'affections chirurgicales diverses, Demidoff a employé l'airol en épispasme et voici à quelles conclusions l'ont amené ses nombreuses observations.

L'airol possède incontestablement des propriétés bactéricides, car sous son influence, même dans des conditions défavorables, les processus suppuratifs ne se propagent pas, les phénomènes inflammatoires aigus s'apaisent et les ulcérations se détergent. Les plaies récentes se cicatrisent sous l'influence de l'airol par première intention.

L'airol ne produit d'irritation ni de la plaie elle-même, ni des tissus voisins, même si l'emploi de l'airol est prolongé.

L'airol n'est nullement toxique. Mais il présente un certain nombre d'inconvénients parmi lesquels il faut signaler en premier lieu ce fait, qu'il forme des croûtes sèches, solides, qu'il est assez difficile d'enlever. En outre, chez un certain nombre de malades, il détermine une sensation de brûlure passagère. Il ne possède pas de propriétés siccatives et se décompose facilement en dégageant de l'iode en présence de l'eau et de la chaleur.

Si l'on fait abstraction de l'absence d'odeur et d'irritation des plaies, l'airol ne présente vraiment pas d'avantages sur l'iodoforme. Dans les ulcères chroniques, torpides, il ne donne pas de résutats; dans ces cas l'auteur emploie les lavages à l'eau chaude (40° R), suivies d'applications de la pommade suivante:

Airol.....	ãã 1 gramme
Ichtyol.....	
Oxyde de zinc.....	ãã 12 grammes
Amidon	
Vaseline..... ..	

J. Roubleff.

Présence de bacilles tétaniques dans la gélatine de commerce (*Deutsche med. Wochenschrift*, 20 février 1902). — On sait que dans ces derniers temps, quelques auteurs ont accusé les injections sous-cutanées de gélatine, actuellement employées comme hémostatiques

de provoquer des accidents tétaniques. Le Pr Levy et le Dr Bruns ont cherché à se rendre compte de la raison de ces phénomènes inattendus, et ont reconnu que la gélatine du commerce (les expériences ont été faites à Strasbourg) peut contenir des bacilles tétaniques : ces bacilles présentent même plus de résistance que les bacilles jusqu'ici étudiés par d'autres auteurs. Sur six échantillons de gélatine, quatre en contenaient.

Pour se mettre à l'abri d'accidents possibles, il y a donc lieu de surveiller avec le plus grand soin l'ébullition des solutions de gélatine destinées à être utilisées en injections : le nombre de minutes considéré comme nécessaire pour que la stérilisation détruise ces bacilles (8 min. au minimum), doit être compté à partir du moment où la *solution de gélatine toute entière* présente une température de 100°. Mais cette stérilisation prolongée décompose les solutions de gélatine et pourrait nuire à l'action thérapeutique, à moins que cette dernière ne tienne uniquement à la présence de la chaux en solution très assimilable, ainsi que le prétend Zibel (*München. med. Wochenschrift*, n° 42, 1901). Il faut espérer que les conclusions de ce dernier auteur sont l'expression de la vérité et que l'on pourra se mettre dorénavant à l'abri d'accidents tétaniques par une stérilisation prolongée, qui n'affecte en rien la solution de chaux dont nous venons de parler.

L. Vogt.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

IPÉCACUANHA, ÉMÉTINE

Ipécacuanha.

Cephœlis Ipécacuanha (Rubiacées).

Partie employée. — Racine de l'ipéca annelé.

Principe actif. — Céphœline (0 gr. 50 0/0) et émétine ou méthylcéphœline (1 gr. 50 0/0).

Incomp. — Avec les substances tanniques, les sels de plomb, de mercure, les acides végétaux.

Propriétés et indications thérapeutiques. — A hautes doses (1 à 2 gr.) et prises à de courts intervalles, agit comme vomitif. A doses petites et fractionnées (0 gr. 05 à 0 gr. 30) agit comme expectorant et décongestif; utilisé à ce titre dans les bronchites profondes, les congestions pulmonaires, l'hémoptysie rebelle.

Encore usité commme antidysentérique (par la bouche et en lavement), comme diaphorétique (poudre de Dower) et à petites doses comme excito-moteur de l'estomac.

Formes Pharm.-Posol. — Usage interne :

Infusé 0 gr. 30 à 2 grammes 0/0.

Poudre 0 gr. 50 à 2 grammes en suspension dans l'eau, dans du sirop, en pastilles (0 gr. 01 par pastille).

Enfants, 0 gr. 10 par année.

Extrait 0 gr. 20 à 0 gr. 30 (1 gramme correspond à 3 grammes de poudre et contient environ 0 gr. 10 d'alcaloïdes).

Enfants, 0 gr. 05 par année.

Sirop, 10 à 30 grammes (20 grammes contiennent 0 gr. 20 d'extrait).

Enfants, 5 grammes par année.

Sirop d'ipéca composé ou sirop de Désessart.

Teinture.....	5 à 10 grammes
Vin.....	20 à 40 —

Usage externe :

Lavements (2 à 10 grammes).

Formules

Lavements :

Racine d'ipéca annelé.	5 grammes
Eau bouillante.....	250 —

Mixtures :

Teinture d'ipéca....	ãã 15 grammes
— de Colombo.	
— de gentiane.	

XX à XXX gouttes après les repas, en deux ou trois fois, à 1/2 heure ou 1 heure d'intervalle. (Dyspepsie nervo-motrice (Mathieu).

Teinture d'ipéca....	ãã 5 grammes
— de gentiane.	
— de noix vomique....	

X à XV gouttes après le repas, en deux fois, à 1 heure d'intervalle.

Pilules :

Pilules de Segond.

Poudre d'ipéca.....	0 gr. 05
Calomel.....	0 gr. 02
Extrait d'opium.....	0 gr. 01
Miel blanc.....	Q. S.

Pour 1 pilule 6 à 10 par jour (dysenterie).

Poudre d'ipéca.....	0 gr. 05
— de feuilles de digitale	0 gr. 02
Extrait d'opium.....	0 gr. 025

Pour 1 pilule, 4 à 6 par jour (troubles cardiaques du goître exophtalmique (Dieulafoy)

Poudre d'ipéca..... .. 0 gr. 05
Extrait thébaïque..... 0 gr. 005

Pour 1 pilule 3 à 5 (congestion pulmonaire grippale).

Potions :

Infusion de Poudre d'ipéca à 0 gr. 30..... 60 grammes
Sirop de capillaire..... 30 —
Benzoate de soude..... 0 gr. 50

A prendre par cuillerées à café, en 1, 2 ou 3 jours, suivant l'âge.

L'infusion peut être remplacée par 60 grammes de sirop de Désessart (bronchite aiguë, infantile, Marfan).

Ipéca pulvérisé..... 2 gr. 50
Julep gommeux..... 250 grammes

1 cuillerée à bouche tous les 1/4 d'heure (hémoptysie).

Ipéca concassé..... 2 grammes
Eau. ..... 150 —

Faire bouillir 1/4 d'heure, passer et ajouter :

Sirop d'opium ..... 30 grammes

1 cuillerée à soupe d'heure en heure (dysentherie).

Poudres :

Ipéca..... } ââ 0 gr. 05
Calomel ..... }
Opium pulvérisé .... }

Diviser en 10 paquet, 1 d'heure en heure.

Poudre d'ipéca..... 1 gr. 50
Tartre stibiée..... 0 gr. 05

A diviser en 10 paquets, à prendre à 1/2 heure d'intervalle (éméto-catharhique).

Ipéca ..... 1 gr. 50

Divisez en 2 paquets, à prendre à 10 minutes d'intervalle; un peu d'eau tiède à la suite (vomitif).

Sirops :

Sirop d'ipéca..... ... 30 grammes
Poudre d'ipéca..... 0 gr. 30

Par cuillerée à café, de 5 en 5 minutes jusqu'à effet (vomitif, enfants).

Sirop d'ipéca composé ou sirop de Désessartz.

Ipéca concassé,..... 3 grammes
Feuilles de séné..... 10 —
Serpolet..... 3 —
Fleurs de coquelicot... 12 —
Sulfate de magnésie... 10 —
Vin blanc..... 75 —
Eau bouillante..... 30 —
Sucre blanc..... .... Q. S.

1 cuillerée à soupe correspond à 0 gr. 10 de poudre.

20 à 60 grammes par jour chez les adultes.

10 à 30 grammes chez les enfants (expectorant).

EMETINE

Principe actif de l'ipéca $C^{15} A^{22} Az0^2$.

Propriétés physiques et chimiques. — Poudre blanche, cristallisée en paillettes, de saveur amère, Soluble dans 10 grammes d'eau froide, plus facilement dans l'alcool, le chloroforme, le sulfure de carbone, l'éther et les essences. Se combine aux acides.

Propriétés et indications thérapeutiques. — Vomitive.

Formes pharmaceutiques. Posologie.—0 gr. 005 à gr. 01 en granules.

G. LYON.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Nouveau mode d'inhumation. — Dans le n° 5 (1902) de l'*Allg. Wiener med. Zeitung*, se trouve la description d'un appareil en tôle ondulée inoxydable, en forme de voûte, destiné à être placé au-dessus du cercueil. Grâce à cette protection, on met le cercueil à l'abri du choc de la terre jetée dans la tombe, ce qui permet d'employer du bois tendre pour la confection du cercueil et de rendre plus rapide, de cette façon, la décomposition du cadavre. Le cercueil est entouré d'un certain volume d'air et la décomposition se fait à peu près aussi rapidement qu'à l'air libre. En outre, la voûte imperméable empêche toute infiltration d'eau de pluie, et, conséquemment toute infection des eaux du voisinage. Les exhumations judiciaires sont rendues plus faciles.

Les frais d'inhumation ne seraient pas plus considérables qu'avec le système actuel, car le coût de l'appareil protecteur serait facilement compensé par le bon marché du cercueil.

L'inventeur de l'appareil est un ingénieur à Vienne nommé H. D. SCHMID.

Mode de nomination du personnel médical de la santé. — Voici un décret qui intéresse

ceux de nos confrères qui désirent voyager comme médecins sur les navires ou occuper des fonctions sanitaires.

Article premier. — Les directeurs de la santé, les médecins de la santé ou de lazaret et les agents principaux ou ordinaires, docteurs en médecine, sont nommés, en France, par le ministre de l'intérieur, sur l'avis d'un jury spécial, institué conformément à l'article 3 ci-dessous et qui a pour mission d'apprécier les titres des candidats.

Art. 2. — Lorsqu'il y a lieu de pourvoir à l'une des fonctions ci-dessus énumérées, cette vacance est portée à la connaissance des intéressés par un avis publié au *Journal Officiel* et affiché dans les principaux ports. Les candidats sont invités à produire, dans le délai de quinze jours, leur demande accompagnée de l'exposé de leurs titres, et de toutes justifications utiles.

Les candidats doivent faire valoir notamment leurs connaissances spéciales touchant : l'épidémiologie des maladies exotiques, la bactériologie, la pratique des services sanitaires qu'ils auraient acquise en France, aux colonies, dans la marine ou dans l'armée, particulièrement en ce qui concerne la désinfection, l'application des règlements en vigueur et l'aptitude administrative que comporte la direction de ces services.

Art. 3. — Le jury chargé d'apprécier les titres des candidats est composé de 7 membres ainsi désignés :

Le président ou, à son défaut, le vice-président du comité consultatif d'hygiène publique de France, qui remplit les fonctions de président du jury ;

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publique au ministère de l'intérieur ou, à son défaut, le chef du bureau de l'hygiène publique ;

L'inspecteur général ou, à son défaut, l'inspecteur général adjoint des services sanitaires ;

Deux membres du comité consultatif d'hygiène publique désignés par le ministre ;

Deux inspecteurs généraux des services administratifs désignés par le ministre.

Le chef du bureau de l'hygiène ou, à son défaut, le sous-chef de bureau assistent aux séances avec voix consultative.

L'inspecteur des services de la santé dans les ports remplit les fonctions de secrétaire.

Art. 4. — Le jury se réunit sur la convocation du ministre.

L'inspecteur général des services sanitaires ou, à son défaut, l'inspecteur général adjoint, est chargé de présenter un rapport sur les diverses candidatures.

Le jury est appelé à donner son avis, au double point de vue de l'aptitude technique et administrative, sur chacun des candidats, ainsi que sur les titres et garanties spéciales qu'il peut présenter à l'obtention des fonctions sollicitées.

Art. 5. — Le jury peut être appelé à donner son avis sur les fautes professionnelles commises par les médecins en fonctions, sur leur mise en disponibilité ou leur rempacement.

BIBLIOGRAPHIE

Les aliénés devant la Justice (*aliénés méconnus et condamnés*) par Pactet (F.), Médecin en chef de l'Asile de Villejuif, et Colin (Henri) Médecin des Asiles de la Seine et de l'Asile d'Aliénés criminels de Gaillon. Petit in-8° (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*). Broché 2 fr. 50. Cartonné toile anglaise 3 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris.

MM. F. Pactet et H. Colin, dans ce volume de *l'Encyclopédie des Aide-Mémoire*, ne se sont pas proposé d'examiner toutes les questions médico-légales relatives aux aliénés ; ils ont laissé de côté tout ce qui se rapporte à la capacité civile, pour appeler d'une façon toute particulière l'attention sur les erreurs judiciaires dont ceux-ci sont encore assez fréquemment victimes, à l'occasion de crimes ou de délits qui reconnaissent pour cause indéniable la perturbation morbide de leurs facultés mentales En s'appuyant sur des faits cliniques pour la plupart observés par eux, ils montrent que, malgré l'extension prise dans ces dernières années par les expertises médico-légales, un assez grand nombre de condamnations sont encore prononcées contre des aliénés, en dépit de l'immunité que leur confère l'article 64 du Code pénal.

Dans un deuxième volume : *Les aliénés dans*

les prisons (aliénés méconnus et comdamnés), MM. Pactet et Colin suivront ces malades dans les établissements pénitentiaires, et indiqueront les réformes qu'il conviendrait de réaliser pour éviter les erreurs judiciaires dont les aliénés sont trop souvent les victimes.

La gastro-entérostomie : *Symptômes et diagnostic des rétrécissements du pylore*, par Bourget, professeur de clinique médicale à l'Université de Lausanne; *Indications chirurgicales et manuel opératoire*, par Roux, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Lausanne. Une brochure grand in-8° (n° 28 de l'*Œuvre médico-chirurgical*). (Masson et Cie, éditeurs). 1 fr. 25.

La monographie de MM. les professeurs Bourget et Roux constitue, dans la collection du Dr Critzman, une très heureuse innovation. En effet, si le diagnostic et les médications thérapeutiques de certaines gastrites et des rétrécissements du pylore appartiennent au médecin, l'étude de l'intervention opératoire est du domaine exclusivement chirurgical. Un travail surcette question, pour être complet et utile au point de vue scientifique et pratique, devait donc réunir la science clinique du médecin à la science opératoire du chirurgien. C'est ce qu'a pensé avec raison le directeur de l'Œuvre; il s'est adressé au professeur Bourget, connu pour ses beaux travaux sur la pathologie de l'estomac, pour faire une étude complète non seulement des cas où la gastro-entérostomie est indiquée, mais aussi des *résultats très éloignés* de cette intervention sanglante et, d'autre part, il a fait appel au Dr Roux, le célèbre professeur de Clinique chirurgicale à Lausane, inventeur d'un procédé, dit en Y, de gastro-entérostomie, adopté par presque tous les chirurgiens, pour la description minutieuse du manuel opératoire et pour l'étude des *résultats immédiats* de cette opération.

Leçons cliniques d'ophtalmologie, par le Dr X. Galezowski : 1 vol. in-8° avec figures dans le texte et une planche en couleurs hors texte, 5 francs. (Paris, Félix Alcan Editeur).

Ce volume contient vingt trois leçons choisies parmi celles que le Dr Galezowki a professées dans ces dernières années à sa clinique de la rue St-André-des-Arts, si fréquentée par les praticiens et par les étudiants.

Un certain nombre de ces leçons sont consacrées aux rapports des affections syphilitiques avec les affections des yeux; nous signalerons également celles qui traitent des accidents oculaires provoqués par l'influenza et son microbe, de l'atrophie, des pupiles glaucomateuses, de de l'atrophie du nerf optique, des rayons Rœtgen en ophtalmologie, de la tuberculose oculaire, de la bactériologie conjonctivale, etc. On ne peut que savoir gré au Dr Galezowski d'avoir mis ainsi à la portée de ceux qui n'ont pu suivre ses cliniques, ses intéressantes observations et ses idées ingénieuses.

On y reconnaîtra son souci d'appliquer à la pratique ophtalmologique les plus récentes découvertes de la science.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1902, par H. Bocquillon-Limousin, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le Dr Huchard, médecin des hôpitaux, 1 vol. in-18 de 322 pages, cartonné. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille Paris. Prix 3 francs.

L'année 1901 a vu naître un grand nombre de médicaments nouveaux : le *Formulaire* de Bocquillon-Limousin est le plus au courant, celui qui enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent.

L'édition de 1902 contient un grand nombre d'articles sur les médicaments introduits récemment dans la thérapeutique, qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même dans les plus récents.

Citons en particulier : Agurine, Amyle (Salicylate et Valérianate d') Apocodéine (chlorhydrate d'), Azimol, Bismytose, Calaya, Calcinol, Camphorates de créosote, de gaïacol, de pyramidon, Chirol, Chloral-othoforme, Crurine, Dymal, Eosolate de quinine, Eupyrine Fortoïne, Gabianol, Glycosolvol, Hermophényl, Ichtargane, Ichtoforme, Iodolène, Iodopyrine, Lécithine, Lygosine, Lysoforme, Œtol, Sanatogène, Sapodermine, Sapolane, Sidonal, Tannate de créosote, Tannocréosoforme, Thiopyrine, Tri ferrine, Tyratol, Yohimbine, Zomol, est un grand nombre de plantes coloniales et exotiques, récemment introduites en thérapeutique.

Nlle Imprimerie E. Lesnier dir., 35-37, rue St-Lazare, Paris — *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Médecine de Paris. — *Prix décernés pour l'année 1901,* — Prix Barbier (2.000 fr.). — Le prix est partagé de la façon suivante : 1° 600 fr. à M. le docteur Jayle (de Paris) ; 2° 500 fr. à M. le docteur Deguy et M. Benj. Weill (de Paris).

Une mention honorable avec la somme de 100 fr. est accordée à M. Valéry.

Prix Chateauvillard (2.000 fr.). — Le prix est partagé ainsi qu'il suit : 1° 1.000 fr. à M. le docteur Varnier, professur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, pour son ouvrage intitulé : *L'obstétrique journalière ;* 2° 500 fr. à MM. les docteurs Hallopeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; et Leredde (de Paris), pour leur *Traité de dermatologie* ; 3° 500 fr. à MM. les docteurs F. Besançon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et Griffon (de Paris), pour leur publication intitulée : *Etude de la réaction agglutinante du sérum.*

Prix Montyon (700 fr.). — Le prix est partagé de la manière suivante : 1° 400 fr. à M. le docteur Griffon (de Paris), pour son travail intitulé : *L'épidémie parisienne de méningite cérébro-spinale ;* 2° 300 fr. à M. le docteur Bordas (de Paris), pour son mémoire sur *L'épidémie de névrite arsenicale.*

Prix Jeunesse (*hygiène*) (1.500 fr.). — Le prix est décerné à M. le docteur Vaillard, professeur à l'Ecole du Val-de-Grâce, pour son *Etude sur les conserves de viande.*

Une mention honorable est accordée à M. le docteur Delobel (de Noyon), pour ses travaux sur l'alcoolisme congénital, et à M. le docteur Berthier (médecin militaire), pour ses études sur l'imperméabilité des vêtements du soldat par la suintine.

Prix Jeunesse (*hystologie*) (750 fr.). — Le prix est partagé ainsi qu'il suit : 1° 300 fr. à M. Segall (de Paris) ; 2° 300 fr. à M. Delamarre (de Paris) ; 3° 150 fr. à M. le docteur A. Guieysse.

Prix Saintour (3.000 fr.). — Question : *Valeurs séméiologique des variations leucocytaires..*

Le prix est partagé de la manière suivante : 1° 1.500 fr. à M. le docteur Ravaut et M. Ribière (de Paris) ; 2° 1.000 fr. à M. le docteur A. Sicard (de Paris) ; 3° 500 fr. à M. le docteur Emile Weil (de Paris) et M. Antoine Clerc (de Paris).

Thèse récompensées pour l'année 1901. — *Médaille d'argent* : MM. F. Bernheim, Chalochet, Couvelaire, Dartigues, Ghika, Le Fur, Lœwy, Luys, Nattan-Larrier, Veau, E. Weil, Zimmern. — *Médailles de bronze* : MM. Becaloglu, Cruveilhier, Delestre, Durrieux, Duvernoy, Guieysse, Heuser, Jalaguier, Laufer, Lauvinerie, Leven, Lhuillier, Malartic, J.-P. Merklen, F. Monod, Mulon, Pédeprade, Sentex, Tournemelle. — *Mentions honorables* : MM. Caboche, Carrière, Mme Chadzinska, MM. Compain, Cotar, Courgeon, Ferrier, Guihal, d'Herbécourt, Joüon, Leh, Motsoukis, Calogero, Mezger, Orion, Parant, Pouquet, Rouault, de Taranto.

Hygiène de l'enfance. — Voici les conclusions votées par l'Académie de Médecine de l'Hygiène de l'enfance sur la proposition de M. Forest, rapporteur de la Commission :

1° L'allaitement de l'enfant par sa mère et, à son défaut, par une autre femme, doit être préféré à tout autre mode d'allaitement ;

2° Si le lait de femme manque, le lait anormal (vache, ânesse, chèvre, etc.) doit constituer la nourriture exclusive de jeune enfant ;

3° Tout lait anormal doit être donnée à l'enfant non contaminé, ou bouilli ou mieux stérilisé.

4° Le biberon à tube doit être légalement interdit ;

5° Considérant que, pour l'année 1898, 150.000 enfants ont été soumis à la loi du 23 décembre 1874 et que, dans ce nombre, on peut, d'après une statistique de 1895, y compter environ pour le département de la Seine, 4.000 enfants et nourrices sur lieu ; que ces 4.000 enfants et nourrices sur lieu sont seuls soumis à l'article 8 de la loi du 23 décembre 1874, il y a lieu d'ordonner une enquête pour établir les avantages et les inconvénients d'une modification à cet article 8 de la loi du 23 décembre de 1874, qui oblige les nourrices sur lieu, per une loi d'exception, de faire a llaiter au sein leur enfant s'il n'est pas âgé de sept mois révolus ;

6° Considérant, qu'en ce qui concerne l'allaitemeat au sein, la circulaire du 8 août 1901 visant l'article 8 de la loi du 23 décembre 1874 est dépourvue de garantie sérieuse d'exécutions et n'est d'ailleurs applicable que dans le département de la Seine ; il y a lieu d'étendre l'inspection médicale, constituée par la loi du 23 décembre 1874, non seulement aux nourrices, sevreuses, gardeuses salariées, mais aussi aux parents qui soignent avec ou sans salaires les enfants de nourrices sur lieu et les enfants secourus ; — de soumettre dans tous les départements les nourrices

sur lieu et les nourrices à emporter à leur départ et à leur destination à un double contrôle médical et administratif. Le certificat médical répondra à toutes les questions de sa compétence dont quelques unes incombent actuellement au certificat administratif. Les postulantes devront l'obtenir pour demander ensuite le certificat admintstratif ; — d'organiser un service de contrôle et d'édicter des pénalités contre les nourrices qui ne se seront pas soumises au double contrôle médical et administratif à leur départ et à leur destination ;

7° Considérant que la mortalité des nourrisons est très élevée le 1er mois, qu'elle s'abaisse brusquemment dès le 2e mois, qu'elle diminue ensuite graduellement d'abord peu les 2e, 3e, 4e, 5e mois, puis d'avantage les 6e et le 7e mois, enfin rapidement des 8e au 24e mois, il y a lieu de prescrire, au point de vue de l'inspection médicale, des visites hebdomadaires pour les enfants âgés d'un mois, des visites semi-mensuelles pour les enfants âgés de 2, 3, 4 et 5 mois, des visites mensuelles pour les enfants âgés de 6 et de 7 mois, et d'espacer ensuite les visites de façon à fixer à 24 au moins le nombre de visites régulières qui devront êtres faites aux nourrissons pendant les deux ans de leur placement ; — de faire contrôler les registres rédigés aux mairies, se rapportant à la loi du 23 décembre 1874, par les inspecteurs départementaux, ou par les sous-inspecteurs départementaux, à chacune de leurs tournées ;

8° L'assistance médicale gratuite doit être accordée aux nourrissons de parents insolvables.

9° L'assistance judiciaire doit être accordée aux nourrices pour leur permettre de poursuivre la récupération des salaires qui leur sont dûs par les parents de leur nourrisson.

FELIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS, 6e

COLLECTION MEDICALE

Volumes in-12, cartonnés à l'anglaise, à 4 francs et à 3 francs

(franco contre mandat-poste)

L'Hystérie et son traitement, par le Dr PAUL SOLLIER ..... 4 fr.
La profession médicale, *Ses Devoirs, Ses droits*, par le Dr MORACHE, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bordeaux ..... 4 fr.
Les maladies de l'urèthre et de la vessie chez la femme, par le Dr KOLISCHER, traduit de l'allemand par le Dr O. BEUTTNER ..... 4 fr.
L'Instinct sexuel, *Evolution, Dissolution*, par le Dr Ch. FÉRÉ ..... 4 fr.
L'Education rationnelle de la Volonté, *son emploi thérapeutique*, par le Dr P. E. LÉVY, préface de M. le Professeur BERNHEIM, 2e édition ..... 4 fr.
Manuel théorique et pratique d'accouchements, par le Dr A. POZZI, avec 138 grav. 2e éd. 4 fr
La mort réelle et la mort apparente, nouveaux procédés de diagnostic et traitement de la mor- apparente, par le Dr S. ICARD, avec gravures (*récompensé par l'Institut*) ..... 4 fr.
L'idiotie, *Psychologie et éducation de l'idiot*, par le Dr J. VOISIN ..... 4 fr.
La famille nevropathique, *Hérédité, prédisposition morbide, dégénérescence*, par le Dr Ch. FÉRÉ, avec gravures, 2e édition ..... 4 fr.
Manuel de percussion et d'auscultation, par le Dr P. SIMON, avec 48 gravures ..... 4 fr.
Eléments d'anatomie et de physiologie génitales et obstétricales, par le Dr A. POZZI. avec 219 gravures ..... 4 fr.
Le traitement des aliénés dans les familles, par le Dr FÉRÉ, 2e édition ..... 3 fr.
Morphinomanie et morphinisme, par le Dr P. RODET (*couronné par l'Académie de Médecine*) ..... 4 fr.

HYGIÈNE

Le phtisique et son traitement hygiénique, par le Dr E.-P. LÉON PETIT, avec 20 gravures (*couronné par l'Académie de Médecine*) ..... 4 fr.
Hygiène de l'alimentation dans l'état de santé et de maladie, par le Dr J. LAUMONIER, avec gravures, 2e édition ..... 4 fr.
L'alimentation des nouveau-nés. *Hygiène de l'allaitement artificiel*, par le Dr S. ICARD, avec 60 gravures (*couronné par l'Académie de Médecine*) ..... 4 fr.
L'hygiène sexuelle et ses conséquences morales, par le Dr S. RIBBING ..... 4 fr.
Hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens, par le Dr F. LAGRANGE, 7e éd. 4 fr.
De l'exercice chez les adultes, par le Dr F. LAGRANGE, 4e édition ..... 4 fr.
Hygiène des gens nerveux, par le Dr LEVILLAIN, 4e édition ..... 4 fr.
L'éducation physique de la jeunesse, par A. MOSSO ..... 4 fr.
La fatigue et l'entraînement physique, par le Dr Ph. TISSIÉ, préface de M. le professeur BOUCHARD, avec gravures (*couronné var l'Académie de Médecine*) ..... 4 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la mort rapide ou subite d'origine gastrique,

par M. Lancereaux.
Membre de l'Académie de Médecine

Il m'a paru depuis longtemps que le mécanisme de la mort rapide ou subite était mal connu, et qu'il pouvait y avoir un réel intérêt à projeter quelque lumière sur ce sujet toujours obscur.

Vous savez que dans la société on ne manque pas, lorsqu'une personne vient à succomber tout à coup, soit dans la rue, soit dans une assemblée, soit dans un omnibus ou une voiture quelconque, de proclamer que cette personne est morte ou d'une rupture d'anévrisme, ou d'une rupture cardiaque, ou d'une embolie, ou encore d'une hypertrophie du cœur. Ce sont là des opinions passées dans le domaine public, après avoir pris naissance dans le monde médical, dans celui, du moins qui ne pratique pas d'autopsies. Effectivement, tout médecin d'hôpital qui tient à se rendre compte du mécanisme de la mort rapide ou subite ne tarde pas à reconnaître que, le plus souvent elle n'est accompagnée d'aucun désordre appréciable.

La mort par embolie pulmonaire ne survient, du reste, qu'autant qu'il existe des phlébites des membres ou du bassin ; celle par rupture d'anévrisme ou par ectasie aortique est peu fréquente, et celle par rupture du cœur, plus rare encore. Quant à l'hypertrophie vraie du cœur ou hypertrophie secondaire, loin de la redouter, il convient de l'envisager comme un bienfait.

Néanmoins, la mort subite chez les personnes bien portantes ou simplement souffrantes est chose commune. Il se passe, en effet, peu de semaines sans qu'il en soit fait mention dans les journaux parisiens, et dernièrement encore, un diplomate connu succombait tout à coup dans la rue.

Dans les cas de ce genre, le médecin non habitué aux recherches anatomo-pathologiques est généralement surpris de ne trouver aucune lésion matérielle, et cependant, c'est la règle. Les seuls désordres constatés par nous dans près de cinquante examens nécroscopiques ont été les suivants : cœur contracté, vide, ou renfermant au plus 1/4 de verre de sang, gros vaisseaux et organes gorgés de sang liquide plutôt que coagulé ; aussi, en présence de ces résultats, nous ne manquions jamais dans les cas de mort subite, d'avertir nos élèves des résultats négatifs auxquels ils devaient s'attendre.

Sous quelle influence se produisent ces cas de mort, quelles sont leurs causes et quel est leur mécanisme? Tels sont les points que nous allons chercher à élucider.

Notre intention n'est pas d'indiquer toutes les circonstances qui peuvent entraîner la mort subite; à cet égard nous renvoyons à une leçon clinique publiée par nous sur ce

sujet et insérée dans la *Semaine médicale* de l'année 1894, p. 33. Nous tenons simplement à mettre en évidence une cause des plus communes, bien qu'à peine soupçonnée, de mort subite, c'est un trouble nerveux de l'estomac, et en particulier la dyspepsie qui s'observe chez les goutteux (herpétiques).

Il est généralement reconnu que cette dyspepsie détermine une vive excitabilité du cœur et que, même dans l'état normal, mais surtout lorsqu'il existe de l'ectasie ou de la surcharge adipeuse de cet organe, il y a une certaine tendance à voir se produire, sous l'influence de mauvaises digestions, des palpitations, des lipothymies ou des syncopes.

La vie, nous le savons, commence et s'entretient par des réflexes, et alors, rien de surprenant que la mort soit, parfois, l'effet de ces mêmes actes.

Tous les nerfs sensitifs de l'économie, y compris ceux des viscères, peuvent entraîner une mort rapide, car celle-ci n'est pas seulement causée par une très violente douleur ou une vive émotion, elle est encore produite, dans certaines circonstances, par de simples excitations. Ainsi, l'impression d'une canule introduite dans le col utérin (Tarnier, Bonvalot), le simple toucher vaginal pratiqué par le médecin dans son cabinet (Brouardel), une injection vaginale, ont pu amener des syncopes mortelles. Tout dernièrement encore, j'étais consulté au sujet d'une jeune femme accouchée depuis un mois, et qui avait été prise de lypothymie à la suite d'une injection vaginale.

Dans ces conditions, c'est vraisemblablement sur le bulbe que se réfléchit, par l'intermédiaire du système nerveux, l'excitation qui entraîne ces graves accidents. On sait, en effet, qu'il se produit des morts subites à la suite d'un coup porté sur l'épigastre, ou même par l'ingestion brusque d'une eau très froide. Alors, comme le prouve une expérience des plus intéressantes rapportée par Brown-Séquard, l'excitation se propage au centre bulbaire par le pneumogastrique.

Ayant reconnu que l'écrasement des ganglions semi-lunaires pouvait arrêter les battements du cœur, ce physiologiste sectionna les nerfs pneumogastriques, et remarqua que cet écrasement ne déterminait plus alors d'effet suspensif.

Plus souvent que les coups portés à l'épigastre et que l'ingestion d'eau froide, les troubles digestifs sont des causes de mort subite, nous en avons pour preuves :

1° Les heures du jour où survient, en général, ce genre de mort, soit dans la nuit, entre 2 et 3 heures du matin, soit dans l'après-midi, vers 4 ou 5 heures, soit, encore, mais plus rarement, dans la matinée, vers 10 ou 11 heures, c'est-à-dire assez longtemps après les repas, au moment où se font sentir les troubles digestifs dans les dyspepsies avec ectasie gastrique ;

2° L'absence de tout désordre appréciable du système nerveux (pneumogastrique et bulbe), et l'intégrité, pour ainsi dire toujours absolue, du cœur, si ce n'est, parfois, une faible dilatation, avec ou sans dépôt graisseux à la surface de cet organe ;

3° Le mécanisme suivant lequel survient la mort, dans les cas où elle n'est pas tout à fait instantanée.

Le fait suivant qui vient de se passer sous mes yeux est, à cet égard, des plus instructifs :

Il y a un mois, un de mes clients et ami sortait de mon cabinet vers 2 heures et demie de l'après-midi, et à 4 heures, descendant d'un tramway, à quelques pas de son habitation, il s'affaissait dans un état syncopal et était transporté à son domicile. A l'instant même, on me faisait chercher et je le trouvais assis sur une chaise, très pâle, sans pouls, et sans pulsations cardiaques appréciables, respirant à peu près normalement. Craignant une mort rapide par ischémie du bulbe, je le fais coucher sur une chaise longue, la tête basse, mais, presque aussitôt, le visage et les mains pâlissent, le regard devient fixe, les pupilles se contractent, les paupières s'abaissent, puis

le nez, les joues, les lèvres, les mains se glacent et se couvrent d'une sueur froide ; les mâchoires se contractent légèrement, le cou se raidit, et la respiration s'arrête.

Sans perdre une seconde, après m'être assuré que la langue n'était pas refoulée en arrière, je pratique la respiration artificielle, tantôt en pressant sur les côtés du thorax, tantôt en agitant les membres supérieurs et, au bout de quelques minutes, survient la résolution musculaire ; les mouvements thoraciques reparaissent, la respiration se continue. Il se reproduit, ensuite, toutes les quinze minutes au plus, avec les mêmes allures, une série de syncopes qui se terminent de la même façon. Entre temps, comme le pouls reste toujours insensible, je pratique deux piqûres d'éther, et j'envoie chercher une solution de caféine, dont j'injecte 1 gr. 50 dans l'espace d'une heure au plus.

Ces syncopes successives se répètent, sans autre souffrance de la part du malade que de légères coliques, des nausées, et, de temps à autre, des besoins d'évacuer, et cela, jusqu'à 6 heures du soir. A ce moment, la respiration est à peu près normale, et le pouls commence à se faire sentir ; le malade, placé sur un matelas, est transporté avec de grandes précautions dans son lit, et comme il est littéralement glacé, en s'empresse de le réchauffer. La respiration continue d'une façon normale ; le pouls, faible, et quelque peu inégal, bat 65 fois à la minute au lieu de 85 à 90 dans l'état normal. Enfin, le malade se met à sommeiller, mais au bout de quelques instants, vers 7 heures et demie, survient une nouvelle syncope de faible durée ; puis, une autre, un quart d'heure plus tard, toujours dans l'état d'un demi-sommeil. A parti de 8 heures et demie, à la suite d'un vomissement composé de quelques cuillerées d'un liquide sale, légèrement verdâtre, les crises syncopales se rapprochent et se renouvellent toutes les six à huit minutes. C'est alors que, assisté du Dr Dumont, je décide de pratiquer une piqûre de 0 gr. 01 de morphine et deux nouvelles injections de caféine de chacune 0 gr. 25. Mais les accidents ne persistent pas moins et continuent à se rapprocher de plus en plus jusqu'à 10 heures. A ce moment, le malade accuse une vive oppression, et, pour la première fois, nous dit qu'il va mourir ; puis, un peu plus tard, dans l'intervalle de deux crises, il demande s'il n'a pas une congestion cérébrale, et, enfin, quelques minutes après, il me dit qu'il y a dans son tiroir une lettre par laquelle il me demande de ne pas le laisser enterrer vivant. Vers 10 heures 10, se sentant mal à l'aise, il soulève brusquement la tête, ce dont je suis très effrayé dans la crainte d'anémie bulbaire.

En effet, il se produit aussitôt une nouvelle crise : la respiration se ralentit et s'arrête ; les mâchoires se resserrent plus qu'elles ne l'avaient fait jusque-là ; les muscles du cou, du thorax, des membres supérieurs se raidissent, et, malgré la respiration artificielle, la langue maintenue au dehors, la respiration ne reparaît plus ; c'est la fin.

Tel est le pénible drame dont j'ai été le témoin attristé, et que je veux chercher, en ce moment, à éclaircir devant vous.

Mon client, âgé de soixante et un ans, était un névropathe herpétique des plus impressionnables, ayant un estomac manifestement dilaté, et éprouvant de la peine à s'alimenter à cause de la difficulté des digestions. Il vivait de thé, avec ou sans lait, d'une faible quantité de viandes grillées, d'œufs, de beurre frais, de légumes verts, et buvait de l'eau.

Néanmoins, s'il venait à manger vite un peu plus d'aliments que de coutume, il était pris d'oppression et de palpitations d'une grande violence avec angoisse, ce qui avait pour effet de l'inquiéter d'une façon excessive. Sa maigreur était extrême, et, cependant, il existait une parfaite intégrité de tous les organes. Les pulsations radiales, au nombre de 90 environ par minute, offraient des arrêts subits dans les cas de mauvais fonctionnement de l'estomac, et le cœur, un peu volumineux, ne présentait pour tout symptôme que de violentes palpitations, et, parfois, dans ces seuls moments, un léger bruit extra cardiaque, vraisemblablement produit par le frottement de l'organe sur le feuillet externe du péricarde. Le système artériel n'offrait aucun désordre, et, en dehors des crises de palpitations, la marche, toujours facile, n'était jamais accompagnée d'oppression ; d'ailleurs, il n'y avait pas de polyurie nocturne, et les urines, de coloration normale, ne renfermaient ni sucre ni albumine.

Quatre jours avant le triste dénouement auquel je viens de vous faire assister, mon client, dont la sobriété était excessive, s'était permis de manger de la purée de marrons.

Le lendemain de cette petite infraction à son régime, il venait m'annoncer la recrudescence de ses pulsations cardiaques, en ajoutant qu'il s'en allait, attendu qu'il ne pouvait plus faire, avec les haltères, à la suite de sa lotion froide du matin, le nombre de mouvements d'autrefois.

Le surlendemain, il revenait chez moi, continuant à se plaindre, et me demandant s'il ne pouvait pas prendre une potion d'infusion de digitale dont, me disait-il, il s'était bien trouvé en d'autres circonstances. C'est une heure et demie plus tard qu'il tombait dans l'état syncopal que je viens de vous faire connaître, et dont le point de départ n'a pu être que le trouble persistant de l'estomac.

Mais quel est le mécanisme de cet état?

L'analyse attentive des phénomènes qu'il nous a été malheureusement donné d'observer nous a appris, d'une façon incontestable, que la mort avait été l'effet d'un *arrêt du cœur*.

En réalité, à un certain moment où le pouls était redevenu sensible, il nous était facile, en y tenant le doigt appliqué, de prédire chaque nouvelle crise syncopale, celle-ci commençant par la disparition totale du pouls, suivie presque aussitôt de la contracture des mâchoires, de la raideur des muscles du cou et du thorax, de l'arrêt de la respiration, et d'un état de mort apparente, qui aurait été, du reste, une mort réelle, si la respiration artificielle n'eût été pratiquée.

Or, cet arrêt du pouls, indépendant de tout désordre matériel du cœur, ne peut être attribué qu'à un état purement fonctionnel, qu'à un trouble réflexe de cet organe, lequel provenait, nous n'hésiterons pas à le dire, de l'estomac, ou d'une façon plus générale, du tube digestif. L'estomac était, en effet, l'organe, qui, depuis longtemps, faisait souffrir notre malade ; et, comme deux jours plus tôt, celui-ci, malgré sa sobriété habituelle, s'était plaint d'avoir trop mangé, et d'avoir mal digéré le repas de la veille, aucun doute ne saurait être possible sur le point de départ de l'état syncopal, et de la mort.

Le mécanisme de cette mort est, d'ailleurs, comparable à celui de la mort qui se produit à la suite de l'écrasement des ganglions semi-lunaires. Effectivement, si, dans notre cas, ces ganglions ne sont pas en cause, l'excitation des extrémités nerveuses de la membrane muqueuse gastrique n'a pas moins pu produire l'inhibition du centre réflexe bulbaire et l'arrêt du cœur.

Les cas de ce genre ne sont pas rares, j'ai eu pour mon compte le malheur d'en observer plusieurs, tant en ville qu'à l'hôpital.

Un homme robuste et toujours bien portant, âgé de quatre-vingts ans, éprouvait depuis plusieurs jours des troubles digestifs avec perte de l'appétit, lorsqu'il fut pris, dans la nuit du 12 au 13 septembre 1887, d'une crise douloureuse à l'épigastre et dans le flanc gauche, accompagnée de sensations pénibles au niveau du thorax, et d'étouffement, avec angoisse, ce que j'attribuai à une mauvaise digestion. L'administration d'un purgatif fut suivie d'un léger soulagement; néanmoins, les douleurs épigastriques se firent encore sentir de temps à autre, et le malade demeura inappétent, nerveux et agité.

Quatorze jours plus tard, dans la nuit du 27 au 28, à une heure du matin, il envoya sa garde se coucher, en lui disant qu'il se sentait très bien et qu'il pouvait se passer d'elle. Une heure plus tard, cependant, elle ouvrit la porte de la chambre, et comme tout était calme, elle pensa que le malade dormait; à six heures, elle revint encore, et le trouva sans aucun déplacement de ses couvertures; il était glacé et mort dans son lit.

Là, également, tout porte à croire qu'il s'agissait d'un arrêt du cœur, par acte réflexe, venu de l'estomac, car l'examen le plus minutieux des organes, et, en particulier, du cœur, pratiqué deux jours plus tôt, ne m'avait révélé aucun désordre manifeste.

Je m'abstiendrai de citer d'autres faits, mais je ne puis m'empêcher de faire remarquer que plus de la moitié des morts subites, qu'elles surviennent dans le lit, dans la rue, dans un compartiment de chemin de fer, ou ailleurs, n'ont pas d'autre origine.

Un Espagnol, d'une quarantaine d'années, robuste mais dyspeptique, avait été examiné par moi à plusieurs reprises sans qu'il me fût jamais possible de trouver l'ombre d'un désordre matériel dans aucun organe. Au cours d'un voyage en Espagne, ayant été pris d'une bronchite légère à Madrid, il quitta cette ville convalescent, dîna avec d'autres personnes dans le train, puis, voulant dormir, congédia son valet de chambre, et s'installa dans son sleeping-car. Vers 5 heures du matin, le domestique, en entrant dans son compartiment, le trouva mort. Pour lui, comme pour tant d'autres, la mort avait été une surprise au milieu d'un profond sommeil.

Ce genre de mort est, d'ailleurs, commun, et, pour vous en convaincre, il va me suffire de faire appel à vos souvenirs, et de vous citer les noms de deux au moins de nos collègues, Hillairet et Potain. Aucun d'eux n'avait d'affection organique manifeste du cœur ou des artères, et, cependant, ils ont succombé tout à coup dans une nuit, après s'être couchés bien portants.

Je sais qu'il se trouvera des médecins pour prétendre que, dans ces cas, comme dans beaucoup d'autres, il y a de la myocardite, et que cette affection peut être la cause de la mort. Mais c'est là une supposition qui n'est nullement justifiée, puisque, dans aucun cas, il n'a été constaté d'insuffisance cardiaque. Par contre, la plupart des faits observés par nous concernaient des personnes impressionnables, nerveuses, occupées et préoccupées tout à la fois, digérant mal, et, la plupart du temps, en proie à des palpitations nerveuses plus ou moins violentes.

Ces quelques faits mettent suffisamment en lumière, selon nous, un genre de mort qu'il est nécessaire de bien connaître afin de pouvoir l'éviter ou le combattre, du moins dans la mesure du possible.

Les indications prophylactiques sont au nombre de deux : 1° traiter la dyspepsie; 2° modérer l'excitabilité du système nerveux.

La première de ces indications comporte l'obligation d'un régime approprié à l'état de l'estomac, la régularité dans les repas, et la nécessité de manger lentement. Le régime sera exclusivement lacté, si le malade est inappétent; dans le cas contraire, il sera léger, et se composera de viandes faites, grillées ou rôties, en petite quantité, d'œufs, de beurre frais, de fromages durs, de légumes verts, avec de l'eau aux repas, et abstention de toute substance ou boisson acide.

Les repas, au nombre de trois, seront très réguliers et suivis, les deux principaux tout au moins, de l'emploi du bicarbonate de soude, de façon à neutraliser les acides de fermentation.

Le bromure et l'opium serviront à modérer le système nerveux, et la digitale aura son utilité dans le cas de très fortes palpitations. Ces moyens, joints à une vie tranquille, sans fatigue et sans grandes émotions, mettront autant que possible à l'abri des syncopes d'origine gastrique, et de leur terminaison trop souvent fatale.

Le traitement de l'état syncopal a pour indications :

1° De pratiquer la respiration artificielle, le malade couché, la tête basse, puisque la mort réelle, par arrêt du cœur, n'est définitive qu'au moment où cesse la respiration.

2° De réveiller le cœur, en le stimulant à l'aide des moyens généralement connus.

3° De s'opposer aux actes réflexes en modérant le centre bulbaire, et en neutralisant autant que faire se peut l'excitation initiale.

La première de ces opérations se fera par les procédés ordinaires, en ayant soin de maintenir la langue au dehors, ou encore par des tractions rythmées de cet organe. De

cette façon, la mort pourra être évitée, ainsi qu'il arrive si souvent dans les cas de syncope par submersion, par électrocution ou par pendaison.

On aura recours, pour combattre la défaillance du cœur et réveiller sa contractilité, à la flagellation de la face, à l'application au devant du thorax du marteau de Mayor, et, principalement, aux injections d'éther et de caféine.

L'excitabilité réflexe sera modérée par l'emploi du chloral, du bromure et, surtout, de la morphine. Ce dernier médicament, en injections hypodermiques, est le moyen le plus sûr et le plus facile à employer ; mais il importe de savoir que son usage n'est pas sans offrir de réelles difficultés, en raison de la dose à laquelle il convient de l'administrer. Une dose trop faible peut, en effet, exagérer les actes réflexes, et une dose trop forte devenir toxique. Entre ces deux extrêmes il y a, comme j'ai pu m'en assurer, une dose intermédiaire qu'il faut saisir, et qui varie non seulement avec chaque individu, mais encore avec l'origine, la nature et l'intensité du mal. Aussi, en présence d'une mort imminente, la tâche du médecin est-elle des plus délicates.

Le meilleur moyen de modérer ou d'annihiler l'excitation initiale, quand elle provient de l'estomac, est de laisser cet organe au repos, et de n'accorder aucune boisson, si ce n'est de l'eau additionnée de bicarbonate de soude. Mais, là encore, la morphine et le chloral peuvent trouver leur indication.

La souffrance de l'intestin, non moins que celle de l'estomac, est susceptible de produire l'arrêt du cœur par acte réflexe, et tout porte à croire qu'elle est la cause des morts subites ou rapides survenant au cours de plusieurs maladies dans lesquelles l'intestin est lésé, et en particulier dans la fièvre typhoïde et la dysenterie.

C'est sans doute par un mécanisme analogue que survient la mort par syncope à la suite d'excitations utérines ; dans tous ces cas, c'est sur le cœur que paraît agir le réflexe.

Les cas de mort subite par arrêt de la respiration ont d'autres origines. Leur point de départ ordinaire est dans les excitations de la membrane muqueuse des voies aériennes, et de celle du larynx en particulier.

Ainsi, nous en rapportant aux nombreuses autopsies de mort subite pratiquées par nous et dans lesquelles tous les organes, y compris le pneumogastrique, examinés avec grand soin, ne présentaient aucun désordre, nous sommes amené à croire que les deux tiers au moins des cas de mort subite ou rapide sont dus à l'inhibition réflexe des centres circulatoire ou respiratoire. C'est là un point d'un grand intérêt pratique, qu'il importait, ce nous semble, de mettre en lumière.

En terminant, nous répéterons ce que nous disions il y a une dizaine d'années, dans une de nos leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu :

« Les cas de mort rapide ou subite nécessitent toute notre attention et tous nos soins ; loin d'être dus à des ruptures du cœur ou des vaisseaux, ou à tout autre désordre matériel, ils ne présentent la plupart du temps aucune lésion organique, et ne sont que les effets d'un trouble nerveux qui arrête instantanément une grande fonction. »

Note sur le traitement de la diarrhée chronique spécialement par l'acide chlorhydrique.

par MM. Maurice Soupault, médecin des hôpitaux,
et Raymond François, interne provisoire (1).

J'ai l'honneur de présenter à la Société de thérapeutique, en mon nom et au nom de mon interne, M. Raymond François, une note sur la diarrhée chronique, idiopathique, et de son traitement spécialement par l'acide chlorhydrique à haute dose.

Cette affection, assez fréquente, si j'en juge par le nombre des malades que j'en ai vu atteints, est mal connue des médecins. Les descriptions données par les auteurs sont peu détaillées et manquent de précision. Les traitements proposés sont souvent inefficaces. Aussi, sans vouloir vous présenter ici l'histoire détaillée de cette variété de diarrhée, il nous semble utile de vous en faire pour ainsi dire le schéma, afin surtout de bien délimiter le cadre du syndrome auquel doit s'appliquer la thérapeutique que nous voulons vous proposer.

Il y a lieu de spécifier dès le début que *la diarrhée chronique idiopathique est indépendante de toute altération anatomique importante de l'intestin et de toutes infections et intoxications locales ou générales.*

L'affection dont il s'agit consiste en ce que les malades qui en sont atteints ne rendent que des selles liquides. Elle a une *durée* ordinairement longue, variant de quelques semaines à plusieurs années. Il n'est pas rare de voir des malades atteints depuis dix, quinze et vingt ans ; quelques-uns même se disent atteints depuis leur naissance et prétendent n'avoir jamais eu de selles moulées.

Chez quelques-uns la diarrhée n'apparaît que par périodes de plusieurs mois séparées par des intervalles plus ou moins longs pendant lesquels les selles sont normales ou bien où il existe une constipation plus ou moins opiniâtre. Chez tous on observe une très grande susceptibilité de l'intestin et une tendance déplorable à avoir des poussées de diarrhée aiguë très abondantes sous l'influence de causes en apparence peu importantes.

L'aspect des selles, leur nombre, le moment où elles se produisent sont sujets à de nombreuses variations, et se combinent différemment, de sorte qu'on observe un grand nombre de types de la maladie. Cependant, il semble que, pour un même sujet, le syndrome se présente avec une assez grande uniformité

La *consistance* et l'*aspect* des selles ne sont pas toujours les mêmes. Tantôt elles sont liquides, presque aqueuses, contenant quelques flocons muqueux, d'ordinaire peu abondants, très analogues au liquide de la diarrhée aiguë, de coloration brune ou verdâtre, souvent un peu bilieuses. Tantôt et plus souvent elles sont en purée, analogue à de la bouse de vache. Plus exceptionnellement elles sont demi-molles, pâteuses. Chez certains malades, on trouve mélangés aux matières fécales des débris alimentaires, principalement des légumes, quelquefois mais plus rarement du lait, des œufs, de la viande. L'existence de cette lientérie, souvent intermittente, aggrave beaucoup le pronostic de la maladie.

(1) *Société de Thérapeutique*, 12 mars 1902.

En général la fétidité des matières est accrue.

Le *nombre* des selles est très variable. Souvent il est considérable, dépassant dix, quinze par jour. Le plus fréquemment, il varie entre quatre et huit. Plus rarement il n'y en a que deux ou trois. Enfin, dans quelques cas exceptionnels, les garde-robes, quoique constamment diarrhéiques, ne sont même pas quotidiennes.

Il est à noter que la *quantité de matières* rendues chaque fois est toujours assez abondante, ce qui permet de distinguer la diarrhée chronique vraie des diarrhées dues à des irritations de l'anus ou du rectum et donnant lieu à du ténesme et à des faux besoins.

Selon les malades, les selles se produisent à *différents moments de la journée*. Les uns doivent se lever plusieurs fois la nuit, tandis que, pendant la journée, ils ont peu ou point d'envies. Assez fréquemment le besoin se produit dès le réveil. Il y a trois ou quatre selles consécutives le matin et les malades sont tranquilles ou à peu près le reste de la journée.

Dans un grand nombre de cas, le besoin d'aller à la garde-robe se manifeste immédiatement après le repas, souvent même quand les malades sont encore à table. Il se produit ainsi deux ou trois selles après chaque repas ou à chaque tentative d'alimentation même légère. Certains malades reconnaissent parfaitement dans leurs garde-robes les aliments qu'ils viennent d'ingérer aux repas précédents. Enfin, dans quelques cas, les selles se produisent sans régularité, surtout quand elles sont très nombreuses et sont très abondantes.

Les *symptômes intestinaux* qui accompagnent la diarrhée sont variables. D'ordinaire les évacuations sont précédées de coliques, parfois modérées, souvent assez intenses, et assez répétées pour constituer chez les malades une véritable infirmité, car le besoin d'aller à la garde-robe est pressant, impérieux. Exceptionnellement cependant les coliques manquent et les selles liquides constituent la seule manifestation morbide.

Les flatulences intestinales abondantes accompagnent d'ordinaire les coliques; elles ont une fétidité très prononcée. Souvent les malades ne se plaignent d'aucun *trouble gastrique* : leur appétit est conservé et leurs digestions se font bien. D'autres fois, il existe quelques phénomènes stomacaux qui peuvent se réclamer de différents types dyspeptiques, surtout de la dyspepsie asthénique, plus rarement du type hyperchlorhydrique. Un des symptômes les plus fréquents consiste dans la présence de renvois fétides. J'ai observé aussi plusieurs malades se plaignant de douleurs tardives analogues à celles qu'on observe chez les hyperchlorhydriques; mais en serrant de près l'interrogatoire, on s'aperçoit que les douleurs siègent dans la région ombilicale et que ce sont de simples coliques.

L'*examen du ventre* et des organes abdominaux ne révèle aucun signe important. Dans la plupart des cas l'examen est tout à fait négatif ; tout au plus existe-il un peu de ballonnement du ventre. Cependant, comme la maladie évolue souvent chez des arthritiques ou des névropathes, il n'est pas rare de trouver quelques modifications d'organes qu'on doit regarder non pas comme la cause de maladie, mais comme de pures coïncidences. C'est ainsi que chez les arthritiques, on peut trouver le foie légèrement hypertrophié. D'autre part chez les neurasthéniques l'estomac est souvent atonique et dilaté. L'entéroptose et la splanchnoptose ne sont non plus pas très rares. Toutes ces altérations d'organes n'ont sur la diarrhée aucune influence décisive.

Nous désirons insister tout particulièrement sur l'*analyse du suc gastrique*. D'après nos observations personnelles il nous semble que l'hypochlorhydrie s'observe dans la majorité des cas, mais on peut aussi constater un chimisme normal, et même de l'hyperchlorhydrie. Sur 32 malades atteints de diarrhée chronique et chez lesquels nous

avons examiné le suc gastrique extrait une heure après un repas d'épreuve d'Ewald, et analyse par la méthode d'Hayem et Winter, nous avons trouvé :

Apepsie	4 cas	23 cas.
Hypochlorhydrie	19 —	
Hyperchlorhydrie	6 —	9 —
Chimisme sensiblement normal	3 —	

Il n'y a donc pas un type chimique uniforme, quoique l'hypochlorhydrie soit sensiblement plus fréquente surtout dans les cas prononcés et sérieux.

L'*état général* est ordinairement assez satisfaisant. Beaucoup de malades sont gros et obèses, de bonne mine, d'aspect florissant ; ils ne paraissent nullement être incommodés de leur maladie qui, pour eux, constitue seulement un inconvénient désagréable, une petite infirmité. Certains autres sont des névropathes, hystériques, ou plutôt neurasthéniques, présentant des stigmates plus ou moins nets et prononcés, s'inquiétant de leur état, mais ne paraissant pas en souffrir outre mesure pour eux; aussi, la diarrhée est plus gênante que grave. Enfin, pour une autre série de malades, beaucoup plus restreinte, il est vrai, la diarrhée s'accompagne, après un temps variable, d'une altération plus ou moins grave de la santé générale : anorexie, amaigrissement, paleur, état de langueur, fatigue permanente, torpeur intellectuelle, etc. Cependant je n'ai jamais vu pour ma part la diarrhée chronique assez grave pour menacer l'existence.

Chez tous les malades, les exacerbations diarrhéiques se produisent avec une déplorable facilité. Les émotions, les fatigues, le refroidissement, les écarts de régime, etc., etc., sont suivis infailliblement d'une recrudescence des phénomènes.

En résumé, on voit que la diarrhée chronique idiopathique a pour caractère principal d'être *monosymptomatique*, c'est-à-dire de n'être fonction d'aucune affection grave et de n'avoir aucune conséquence sérieuse. C'est, en somme, une maladie très bénigne, mais néanmoins très désagréable pour les malades qui en sont atteints. Ces caractères négatifs permettront de la distinguer des autres formes de diarrhée chronique ou subaiguë dues à des lésions ulcéreuses de l'intestin (dysenterie, tuberculose intestinale, urémie, etc.), etc., soit à des maladies générales ou locales : l'examen des selles, la palpation attentive des organes abdominaux, l'étude des commémoratifs et la présence d'autres symptômes locaux et généraux plus ou moins graves devront faire écarter le diagnostic de diarrhée chronique idiopathique.

Il faudra éviter de confondre la diarrhée chronique avec les débâcles diarrhéiques qu'on constate parfois chez les grands constipés. La constipation domine dans ces cas et les poussées de diarrhées ne sont que des incidents passagers.

On ne sait rien de précis sur les *causes* de la diarrhée chronique. On la regarde d'habitude comme la conséquence d'une *entérite légère*, mais la démonstration anatomique en est difficile à donner en raison de l'absence d'autopsies. Quelques auteurs, ayant trouvé dans les selles *des parasites*, des amibes ou des infusoires et tout particulièrement le balantidium coli, ont attribué une influence à ces organismes. Mais ces parasites sont des hôtes normaux de l'intestin, et il suffit de provoquer des diarrhées un peu longues par des purgatifs répétés pour les voir apparaître en abondance dans les selles diarrhéiques. Pas plus pour la diarrhée chronique que pour la dysenterie les amibes et les infusoires ne paraissent devoir être mis en cause.

L'*influence du système nerveux* n'est pas niable. Les preuves en abondent. Peu de personnes ont échappé aux angoisses des diarrhées émotives. — La diarrhée chronique est influencée défavorablement par les émotions, les fatigues, le surmenage physique et

moral, plus peut-être que par les écarts de régime. Beaucoup de maladies du système nerveux, névroses ou maladies organiques comptent au nombre de leurs symptômes des poussées diarrhéiques plus ou moins graves et rebelles au traitement.

La plupart des malades atteints de diarrhée chronique sont des névropathes, plus ou moins nettement caractérisés. Il est donc très plausible d'admettre l'hypothèse d'un trouble fonctionnel nerveux qui, à la fois, activerait la sécrétion des glandes et augmenterait le péristaltisme de l'intestin.

Une dernière théorie attribue la diarrhée chronique *à une insuffisance de la digestion stomacale et à une évacuation trop hâtive de l'estomac*. Elle est basée sur ce fait que chez un grand nombre de malades, les matières diarrhéiques évacuées à la fin des repas contiennent des aliments ingérés à peine une demi-heure ou un quart d'heure auparavant.

Normalement les aliments ne quittent l'estomac que lorsqu'ils sont suffisamment liquéfiés et divisés : chez un certain nombre de malades la digestion stomacale se fait incomplètement; le pylore insuffisant s'ouvre trop tôt et l'estomac se vide de son contenu trop rapidement avant que les aliments soient suffisamment préparés à la digestion intestinale : le bol alimentaire jouerait alors le rôle d'un corps irritant, provoquerait un travail intestinal exagéré et amènerait la diarrhée.

L'observation clinique a montré que l'insuffisance du pylore et l'évacuation hâtive de l'estomac se montrent surtout lorsque la sécrétion gastrique est peu active et peu abondante, en d'autres termes, quand le suc gastrique est hypochlorhydrique ou anachlorhydrique.

Elle est plus rare mais non pas tout à fait exceptionnelle chez les individus dont le suc gastrique est normal et même hyperchlorhydrique. J'en ai observé moi-même des exemples très nets, et M. Hayem l'a expressément mentionné.

Précisément, chez les malades atteints de diarrhée chronique, on observe avec une grande fréquence l'hypochlorhydrie. Les auteurs allemands, après Eichorst, ont décrit sous le nom d'*Achylia gastrica*, ce que nous appelons en France l'*Apepsie*, une affection gastrique qui compte au nombre de ses symptômes les plus constants la diarrhée chronique. Un certain nombre d'auteurs français, Hayem, Frémont, Le Gendre, Mathieu ont aussi signalé des diarrhées chroniques, avec hypochlorhydrie plus ou moins prononcée.

Moi-même, dans une note présentée à la Société médicale des hôpitaux l'an dernier, j'ai insisté sur l'importance de l'insuffisance du suc gastrique comme facteur étiologique de la diarrhée chronique. Chez sept malades atteints de cette affection j'avais trouvé constamment de l'hypochlorhydrie ou de l'anachlorhydrie. Aujourd'hui le nombre des malades que j'ai étudiés s'est considérablement accru. Vous avez pu voir par la statistique que je vous ai donnée plus haut, que je n'ai pas retrouvé avec la même constance l'hypo et l'anachlorhydrie. Sans doute, elle y figure encore dans la grande majorité des observations, mais à côté il y existe aussi des cas de chimisme normal et même des cas d'hyperchlorhydrie dont un très prononcé.

Il semble donc que, tout en considérant l'hypochlorhydrie comme un facteur important dans la pathogénie de la diarrhée chronique, il faut bien se garder cependant de lui attribuer une importance trop grande puisque, d'une part, bien des malades atteints d'hypochlorhydrie intense et même d'anachlorhydrie ne sont pas atteints de ce trouble intestinal, et que, d'autre part, on peut le constater chez des malades à chimisme normal ou hyperchlorhydrique.

Beaucoup de traitements ont été proposés contre la diarrhée chronique. Malheureusement, ils se montrent souvent inefficaces. Nous allons néanmoins en faire une revue rapide. Nous arriverons ensuite à l'exposé des bons résultats que nous a donnés l'administration de l'acide chlorhydrique à haute dose ; c'est le but principal de cette communication et la raison d'être des développements précédents.

On recommande de régler avec grand soin le *régime alimentaire*. Il va de soi qu'il faut supprimer tous les mets de haut goût, épicés, vinaigrés, fermentés, les condiments, les sauces, etc., etc., en un mot toutes les substances capables d'irriter l'estomac et l'intestin. Il faut aussi interdire les légumes et les fruits, dont la digestion incomplète laisse des résidus capables d'exciter le péristaltisme intestinal; c'est ainsi qu'il faut recommander les légumes réduits en purée et les fruits en compote. Mais à part ces prescriptions générales, nous croyons, pour notre part, tout à fait illusoire d'établir un régime alimentaire applicable à tous les malades.

Dans la pratique, on observe à cet égard des faits absolument dissemblables et contradictoires. Chaque malade a ses susceptibilités propres qui échappent à toute prévision et à toute explication rationnelle. Quelques-uns se trouvent bien du régime lacté et de la suppression de la viande, tandis que, pour d'autres, le lait est funeste et la viande un bon aliment. Les uns s'accommodent admirablement du régime végétarien qui, chez les autres, aggrave notablement les phénomènes : à plusieurs reprises nous avons constaté une véritable intolérance pour les œufs qui théoriquement paraissent devoir convenir à tous, etc., etc. Aussi pensons-nous que le mieux est de laisser les malades s'observer eux-mêmes et chercher, par tâtonnements, ce qui leur convient le mieux. Leur expérience sera, dans la matière, préférable à la nôtre.

Un certain nombre de médecins, à l'exemple de M. Hayem, considèrent le képhir comme un excellent aliment-médicament, presque comme un spécifique de la diarrhée chronique. Je crois aussi à ses bons effets; malheureusement il est souvent mal accepté par les malades.

Les moyens physiques sont des adjuvants souvent très utiles. Au premier rang nous devons mentionner les lavements ou plutôt les lavages d'intestin composés d'un litre et demi d'eau à 45° environ pris dans la position horizontale à l'aide d'un bock à injection qu'on suspend environ à 75 centimètres au-dessus du plan du lit. L'eau de lavage ne doit pas être gardée, mais rendue aussitôt prise. L'eau chaude agit probablement en diminuant l'irritabilité de la muqueuse et en modérant les mouvements antipéristaltiques. Elle a sur l'intestin une influence sédative analogue à celle que l'on constate si souvent sur l'utérus et ses annexes.

Les cures de Plombières où les lavages ont une si grande part, donnent les meilleurs résultats. Parmi les autres moyens physiques, nous pouvons signaler l'hydrothérapie, de préférence l'hydrothérapie tiède, le massage général. Nous ne sommes pas, au contraire très partisans du massage abdominal, les quelques expériences que nous avons faites à ce propos nous ayant paru malheureuses. Enfin chez quelques malades, atteintes d'*entéroptose*, nous nous sommes bien trouvés de conseiller le port d'une ceinture hypogastrique.

De nombreux médicaments sont journellement prescrits avec un succès assez médiocre d'ailleurs aux malades atteints de diarrhée chronique.

Toutes les préparations opiacées sont administrées *larga manu*. Elles réussissent souvent à arrêter la diarrhée, mais il y a deux inconvénients à leur emploi : elles doivent être données à assez haute dose et être continuées longtemps. En effet, si on cesse de les prendre, la diarrhée, après quelques jours de constipation, reprend avec la même

intensité. Or, l'usage prolongé de l'opium a sur l'état général des inconvénients sur lesquels il est inutile d'insister.

Les poudres inertes, prises à haute dose, telles que le sous-nitrate de bismuth, le talc, etc., ne m'ont paru avoir aucun effet.

Les eaux alcalines ou les alcalins en paquets ou cachets, même la craie, m'ont paru plutôt nuisibles.

On a fort vanté l'action des astringents : le tanin en est le type ; il se donne à la dose de un à deux grammes par jour en cachets de 20 à 30 centigrammes. L'extrait de ratanhia, le cachou, etc., etc., et nombre de tisanes, de décoctions, de teintures astringentes doivent au tanin leur réputation antidiarrhéique. Dans la diarrhée chronique, nous avons trouvé l'action de ces substances inconstante et momentanée. On a vanté dans ces derniers temps le tannigène, combinaison chimique du tanin et de l'acétyle, qu'on prescrit à des doses variant de 1 gramme à 1 gr. 50 aux adultes. Je l'ai essayé à plusieurs reprises sans en obtenir d'effets décisifs.

Enfin de nombreux antiseptiques, acide salicylique et ses sels, bétol, benzonaphtol, naphtol, résorcine, etc., etc., ont été conseillés. Nous ne croyons pas qu'ils puissent arrêter la diarrhée. Mais nous les considérons comme des adjuvants utiles que nous employons volontiers, car il n'est pas douteux que les matières liquides qui séjournent dans l'intestin, constituent un excellent milieu de culture pour les parasites et les microbes qui s'y multiplient en abondance. La fétidité des selles et le développement de gaz odorants en sont des preuves.

J'ai hâte d'arriver au traitement par l'acide chlorhydrique dont vous verrez les effets à la fois constants, rapides, durables.

Il faut prescrire l'acide chlorhydrique à forte dose : c'est là une condition essentielle du succès. Les petites doses donnent des résultats toujours incomplets, souvent nuls.

Les doses qui nous ont paru utiles varient entre un à deux grammes *pro die*, quelque fois mais rarement plus. L'acide employé est l'acide chlorhydrique pur officinal. Cette préparation renferme 38 0/0 d'acide anhydre.

On peut l'ordonner sous forme de gouttes. On prescrit alors X, XV ou XX gouttes, au commencement du repas dans un verre d'eau sucrée pure ou mélangée d'un peu de suc de citron.

On peut aussi formuler la limonade suivante :

HCl pur officinal.....	6 gr. à 8 gr.
Sirop de limons.....	200 »
Eau.....	800 »

Ces deux modes d'administration sont également bien supportés par les malades. J'ai rarement eu à noter de l'intolérance. Cependant pour les personnes qui se plaignent de l'âcreté de la solution, on pourra ajouter à la solution indiquée un demi ou un blanc d'œuf battu, selon la formule donnée par M. Linossier.

Les doses suffisantes varient suivant les cas. On peut tirer les indications de l'abondance de la diarrhée, de la fréquence des selles, de leur état de fluidité, de l'existence ou non de la lienterie, de la durée de la maladie, surtout sur le degré d'acidité du suc gastrique. Ces indications n'ont rien d'absolu et il faut souvent procéder par tâtonnements, commencer par des doses moyennes pour diminuer ou augmenter selon les cas.

Lorsqu'on est arrivé à la dose suffisante, les effets du médicament se font sentir très rapidement, en deux ou trois jours dans beaucoup de cas, en huit jours au maximum. Les coliques disparaissent, les selles diminuent considérablement de nombre, se réduisent

sent à une ou deux : leur consistance augmente et les matières se moulent. Bref l'amélioration se fait très vite sentir et la guérison complète survient.

Ces effets remarquables sont dus, je puis l'affirmer, à l'action propre de l'acide chlorhydrique. Souvent il nous est arrivé pour expérimenter le médicament de n'ordonner aucun régime alimentaire spécial ni aucun traitement adjuvant. Les effets ont été aussi brillants.

Nous avons cependant l'habitude de prescrire un régime alimentaire assez sévère, des cachets antiseptiques après les repas.

Il est bon de continuer longtemps, un mois ou plus, l'administration de l'HCl. Vous savez que la diarrhée chronique est extrêmement tenace, qu'elle a une tendance aux récidives, et vous comprenez combien il est utile d'insister pour obtenir une guérison complète.

Naturellement, aussitôt que, chez un individu guéri, les selles reviendront plus fréquentes, plus molles, plus pâteuses, il faudra revenir sans tarder à la médication. La guérison de ces petites récidives sera d'ailleurs extrêmement facile.

Nous avons traité depuis un an et demi par la médication chlorhydrique 38 malades atteints de la diarrhée chronique telle que je viens de vous la décrire. Sur ce nombre, 4 n'ont pas été revus. Sur les 34 autres, voici les résultats obtenus : 23 ont eté guéris, la plupart très rapidement, en deux ou trois jours ; quelques-uns en huit ou dix jours : les selles plus ou moins liquides, plus ou moins abondantes sont devenues formées et se sont réduites à une ou deux. Pendant le premier mois, il y a eu quelques petites récidives, le plus souvent à la suite de refroidissements, de fatigues, quelquefois d'excès alimentaires, enfin parce que le médicament avait été abandonné trop tôt. Ces 23 malades ont été revus de quatre à dix mois après la médication. Chez tous, la guérison était maintenue, même plusieurs mois après l'abandon de toute médication. Leur guérison peut être considérée comme définitive.

Chez six autres malades, les coliques ont disparu ; les selles, très abondantes auparavant, se sont réduites à deux ou trois, mais les selles sont restées molles, en purée, et n'ont pas pris la consistance normale. Même en forçant les doses, nous n'avons pu obtenir un durcissement des selles. Cette amélioration dont les malades se sont déclarés d'ailleurs satisfaits, ayant constaté l'impuissance de tous les médicaments essayés auparavant, s'est maintenue après la suppression de l'HCl continué le temps voulu.

Enfin, chez les cinq derniers malades, l'effet de l'HCl a été aussi efficace, et l'amélioration a été assez rapidement obtenue ; mais les récidives ont été fréquentes, même pendant la durée du traitement, et la diarrhée a reparu aussitôt la suppression du médicament. La prolongation hors des limites d'usage de la durée du traitement et l'augmentation des doses n'ont pu amener la disparition définitive du syndrome.

Malgré les recherches bibliographiques assez étendues, nous n'avons pas trouvé mention du traitement des diarrhées par l'acide chlorhydrique à haute dose. Cependant on a proposé un certain nombre de médications ayant donné de bons résultats et qui présentent des analogies étroites avec celle que nous proposons, car elles sont basées sur l'emploi de substances acides.

Nous ne ferons que rappeler les heureux effets que vous avez tous obtenus dans la diarrhée infantile avec l'acide lactique préconisé depuis longtemps déjà par M. le professeur Hayem. Cette même substance a été aussi préconisée pour le traitement des diarrhées de l'adulte. D'après notre expérience, elle est bien inférieure à l'acide chlorhydrique.

On peut attribuer aussi les heureux résultats obtenus par l'administration du képhir, à l'acide lactique que ce produit contient en très notable quantité.

M. Frémont, M. Legendre, M. Mathieu ont mentionné les guérisons fournies par la *gastérine*. Le suc gastrique de chien, on le sait, est d'une acidité élevée, et il n'est pas douteux pour nous que son action sur les diarrhées chroniques ne soit due en grande partie à cette propriété.

Ainsi donc il semble que la médication acide se montre toujours efficace dans le traitement de la diarrhée. Nous trouvons dans la pathologie gastrique un argument en faveur de l'action constipante des acides : les hyperchlorhydriques ont dans la très grande majorité de la constipation, souvent une constipation opiniâtre, et il arrive très souvent qu'en neutralisant le suc gastrique par des poudres alcalines, le cours des selles se rétablit plus ou moins complètement.

Nous devons nous demander, en terminant, s'il est possible d'expliquer l'action de l'acide chlorhydrique ou plutôt des acides en général, puisque aussi bien tous semblent avoir une action plus ou moins énergique sur les diarrhées.

On peut dire que les acides agissent comme astringents, en diminuant les sécrétions de la muqueuse intestinale. On peut aussi dire qu'ils agissent sur l'élément musculaire ou sur les extrémités nerveuses pour diminuer le péristaltisme de l'intestin. Je n'ai aucune raison ni pour affirmer ni pour infirmer ces théories. Je préfère cependant l'explication suivante que j'ai déjà proposée l'an dernier à la Société des hôpitaux.

Il me semble probable, comme je vous l'ai dit plus haut, que la diarrhée chronique est due à une évacuation hâtive de l'estomac. Or de nombreux expérimentateurs, M. Hirsh, von Mering, Pawlow avec l'acide chlorhydrique, M. Gilbert avec l'acide lactique ont montré chez des chiens que l'évacuation de l'estomac se faisait d'autant plus lentement et tardivement que le contenu en était plus acide. Il est donc plausible d'admettre, en se basant sur ces expériences que la présence de l'HCl à haute dose prolonge le séjour des aliments dans l'estomac et leur permet une digestion plus complète des aliments. Il ne semble pas que l'acide agisse en améliorant le travail chimique de l'estomac, mais en provoquant par action réflexe une excitation de sa tunique musculaire et la contraction du pylore qui s'oppose à la sortie prématurée des aliments. Ainsi s'expliquent les bons effets obtenus aussi bien chez les hyperchlorhydriques que chez les hypochlorhydriques.

Nous n'avons abordé dans la note que nous présentons aujourd'hui que le traitement de la diarrhée chronique. Mais nous pouvons annoncer dès aujourd'hui les succès tout aussi brillants que nous avons obtenus par la même médication dans les diarrhées aiguës et subaiguës chez les adultes et aussi chez les enfants. Nous comptons apporter prochainemnt à la Société les résultats de nos recherches à ce sujet.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 26 Mars 1902

Présidence de M. Sevestre

M. Mohneyrat donne lecture d'un travail intitulé : *Contribution au traitement de la tuberculose.* L'orateur a constaté que l'arrhénal est impuissant à combattre la phosphaturie des tuberculeux et pour compenser les pertes en phosphore, il y a lieu d'administrer ce produit indispensable au fonctionnement de l'organisme sous une forme qui le rende aisément assimilable. L'orateur a choisi dans ce but l'acide nucléinique qu'il associe à l'arrhénal à une dose quadruple de ce dernier. Les malades prendront en moyenne par jour 0 gr. 20 d'acide nucléinique et 0 gr. 05 d'arrhénal.

Sous l'influence de cette médication, on voit en peu de temps les tuberculeux s'améliorer notablement, augmenter de poids, perdre leur expectoration purulente, etc. La phosphaturie disparaît et ne reparaît que 8 jours au plus tôt après cessation du traitement : elle ne présente plus du reste l'intensité qu'elle avait avant le traitement.

M. Mayor envoie une note concernant *l'action cardiovasculaire de la péronine*. Les conclusions de ce travail sont défavorables à ce produit, qui exerce une action dépressive intense sur le cœur et peut très avantageusement, au point de vue des effets utiles, être remplacé par la codéine, par exemple.

M. A. Robin à propos des *échanges chez les diabétiques* insiste, en réponse à M. Catillon (*V. séance précédente*), sur le fait qu'on ne saurait trop protester contre la théorie qui considère le diabète comme une maladie par ralentissement de la nutrition. L'étude des échanges intra-organiques, du chimisme respiratoire, etc., tout concourt à démontrer que, bien au contraire, le diabétique présente une véritable exaspération des actes chimiques organiques, et le traitement, pour être efficace, doit se baser sur ces données expérimentales.

M. Mathieu donne lecture d'une note concernant le *traitement de la diarrhée chronique*. Les auteurs allemands ont les premiers émis l'opinion que l'hypochlorhydrie était habituelle chez les diarrhéiques chroniques et que, par conséquent, c'était l'estomac qu'il fallait en premier lieu traiter chez eux. Pour arriver à ce résultat on a tantôt excité la sécrétion stomacale, tantôt prescrit un régime approprié, et l'on a donné l'aide chlorhydrique, aux doses de 10 à 15 gouttes à chaque repas. Cette dose est faible, car l'acide officinal allemand est trois fois plus dilué que l'acide du Codex français.

L'acide chlorhydrique n'est pas seulement favorable aux malades atteints de la forme de diarrhée décrite par Soupault : il rend aussi de grands services dans des cas de diarrhées secondaires, et il y a lieu de généraliser les expériences avec ce médicament à toutes les diarrhées.

En dehors de cette médication, l'auteur prescrit à ses diarrhéiques des cachets contenant chacun :

Salicylate de bismuth.....	ãã 0 gr. 30
Résorcine.....	
Benzonaphtol.....	

Pour un cachet. Deux par jour aux repas.

Il ne faut pas craindre de prendre ces cachets pendant fort longtemps : l'orateur cite le cas d'un malade qui dut être traité par eux pendant un an avant de guérir.

L'eau ou le sel de Carlsbad, à une dose inférieure à celle qui provoque, chez un malade donné des effets laxatifs, donnent de très bons résultats.

Le traitement à Plombières sera efficace, à condition de recourir aux grands bains chauds plutôt qu'aux lavages intra-intestinaux qui irritent l'intestin de ces malades : ceux-ci ont, du reste, presque tous des signes d'entérite catarrhale (selles contenant des mucosités, sensibilité exagérée du ventre). L'innervation motrice et sécrétoire de l'intestin est excitée, et le moindre refroidissement ou écart de régime suffit à réveiller la diarrhée.

L'explication donnée par M. Soupault, de la contraction pylorique due à l'action de HCl, contraction qui empêche l'estomac de se vider prématurément de son contenu, n'est pas la seule qu'on puisse invoquer pour interpréter l'action antidiarrhéique : on peut admettre aussi que HCl excite la sécrétion pancréatique. Le contenu de l'intestin n'est du reste pas alcalin, comme on le croyait autrefois : il est neutre et souvent même acide. HCl, en qualité d'acide, exercera une action antiseptique et enraiera ainsi la diarrhée par fermentation.

M. Lemoissier rappelle l'existence d'une forme de diarrhée chronique dépendant de la lithiase biliaire, se manifestant par des douleurs brusques au moment des repas, suivies d'une évacuation diarrhéique. Cette forme de diarrhée permet de dépister la lithiase biliaire ; elle ne serait sans doute pas justiciable du traitement par HCl : l'orateur la traite par un régime approprié, les eaux de Vichy et l'administration de sulfate de soude le matin.

M. Cautru estime que le massage réussit fort bien pour combattre la diarrhée des constipés et celle qui est due à l'existence de fermentations intestinales exagérées. Chez l'hyperchlorhydrique avec diarrhée, le massage vibratoire calmant sera seul indiqué.

M. Dubois traite depuis dix ans ses diarrhéiques par l'acide phosphorique à faibles doses : même chez les tuberculeux cet acide arrive à enrayer la diarrhée.

M. Brocchi a pu constater à Plombières que les grands bains de siège sont beaucoup plus utiles aux diarrhéiques que les grands lavages intestinaux : ces derniers deviennent même dangereux quand on se trouve en présence de diarrhées des pays chauds.

M. Robin est d'accord sur presque tous les points avec les précédents orateurs, mais il recommande de ne pas négliger les astringents, tels que l'infusion de racine de fraisier sauvage (1 gr. 50 pour une tasse), des cachets contenant 0 gr. 05 de bistorte, tormentille et cachou, etc.

Comme médication acide de la diarrhée, l'orateur a adopté la méthode de Coutaret de Roanne ; elle s'applique aux catégories suivantes de malades : 1° Malades à langue blanche, à haleine indiquant l'existence de fermentations, à urines renfermant beaucoup de sédiments phosphatiques, 2° malades à fermentations gastriques, 3° malades ne supportant pas le régime lacté.

Cette médication est contre-indiquée si la langue est ulcérée, si l'acide provoque de l'irritation pharyngée au moment où on l'avale, si le vase présente un sédiment adhérent d'acide urique, ou si enfin on soupçonne l'existence d'une ulcération gastrique.

Il ne faut pas s'imaginer que HCl exerce une action antiseptique quelconque, car les hyperchlorhydriques présentent plus souvent que les autres malades des fermentations gastriques.

M. Soupault rappelle qu'il a cherché, dans son travail, à isoler un type spécial, la diarrhée idiopathique ; par ce terme, il a voulu indiquer que les malades ne présentent ni lésions anatomiques, ni modifications de leur état général. L'acide phosphorique lui a donné des résultats bien inférieurs à HCl. Chez les tuberculeux, ce dernier acide rend des services quand la diarrhée est d'origine dyspeptique, mais il ne produira aucun résultat favorable en cas d'ulcérations ou d'accidents toxiques.

Les lavements chauds usités à Plombières ont donné toujours à l'orateur d'excellents résultats, à condition de tâter la susceptibilité des malades : on commencera donc par 500 grammes au plus par lavement, avec basse pression.

Les hyperchlorhydriques ne présentent jamais une vraie diarrhée : ce sont des constipés qui au bout de trois à quatre jours ont une débâcle diarrhéique. Si, comme le veut l'orateur, on traite l'hyperchlorhydrie par l'administration d'alcalins à hautes doses (15 à 20 grammes par jour), on voit souvent la diarrhée se montrer.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

Injections préventives de sérum antidiphtérique (*Académie de Médecine*, 18 mars 1902). — M. Sevestre a lu un important rapport sur la valeur du sérum antidiphtérique, employé préventivement chez des sujets menacés de la diphtérie par le fait de leur contact avec d'autres sujets contaminés. Les conclusions de ce rapport, sur un sujet qui divise encore beaucoup de médecins en Europe, sont très nettes et doivent être retenues.

Les injections préventives de sérum, dit M. Sevestre, ont une action manifeste ; elles produisent l'immunisation chez les enfants exposés à contracter la diphtérie. Elles n'ont jamais donné lieu à des accidents sérieux, et produisent tout au plus, dans un certain nombre de cas, des éruptions passagères, plus rarement encore quelques douleurs articulaires. Malheureusement la période d'immunisation n'a qu'une durée peu prolongée, 3 ou 4 semaines au plus. Dans les cas rares où, malgré l'injection, la diphtérie est survenue, elle est particulièrement bénigne.

Les injections de sérum sont spécialement indiquées dans les familles où s'est développé un cas de diphtérie, pour préserver de la contagion les autres enfants. Cependant lorsque ces enfants ont été séparés du milieu contaminé et que de plus ils sont surveillés de près par un médecin, on peut se dispenser de recourir aux inoculations. L'ensemencement du mucus nasal et pharyngé est alors de règle absolue.

Les injections préventives sont également indiquées pour les enfants appartenant à une agglomération (école, crèche, salle d'hôpital) dans laquelle a été signalé un cas de diphtérie.

Même en l'absence d'un cas de diphtérie constatée, elles peuvent être indiquées dans certaines conditions spéciales (services de rougeole, de scarlatine, etc.): toutefois, pour la rougeole, l'action préventive paraît moins certaine ; les doses de sérum doivent être plus fortes et plus souvent répétées.

La pratique des injections préventives ne dispense nullement des autres mesures prophylactiques (désinfection et isolement), mais elle les rend à la fois plus faciles et plus efficaces.

Déjà la Société de Pédiatrie, au mois de juin 1901, avait adopté la résolution suivante :

« La Société de Pédiatrie affirmant que les injections préventives de sérum antidiphtériques ne présentent aucun danger sérieux et confèrent l'immunité dans des proportions considérables, pendant quelques semaines, en recommande l'emploi dans les agglomérations d'enfants et dans les familles où une surveillance scientifique suffisante est impossible ».

R. Blondel.

Un cas sérieux de diphtérie traitée par le sérum anti-diphtérique au seizième jour par Arthur Somers (*The British Medical Journal*, 22 février 1902). — L'auteur cite un cas de diphtérie survenue chez une jeune fille de 14 ans, qui, en 3 jours, fut prise d'accidents dyspnéiques, avec cyanose et refroidissement des extrémités, d'allure si foudroyante, qu'elle tomba presque dans un coma absolu. Le pouls était à peine perceptible, la déglutition, pour ainsi dire, arrêtée, pendant six heures. Toute la gorge était tapissée de fausses membranes qui s'étendaient jusque dans les fosses nasales postérieures.

M. Somers fit immédiatement une injection de sérum anti-diphtérique de 2.000 unités ; six heures après, l'enfant se trouvait mieux et pouvait avaler, non sans quelques difficultés, du lait étendu d'eau. Une nouvelle injection de sérum de 2.000 unités fut faite peu de temps après, et fut couronnée de succès. Le cyanose disparut et le pouls devint plus fort. Dès ce moment, la convalescence s'établit, lente, il est vrai, retardée par une crise de néphrite aiguë, et par une paralysie post-diphtéritique. Trois mois après, l'enfant était complètement guérie.

L'auteur note cette particularité, qu'il avoue n'avoir jamais rencontrée dans des cas semblables, qu'aussitôt après les deux injections de sérum anti-diphtéritique, la jeune malade éprouva

une syncope très vive, en se refroidissant davantage. M. Somers ne sait si, pour expliquer ce phénomème, il y a lieu d'incriminer l'action même du sérum, ou s'il ne faut y voir qu'une simple coïncidence.

R Blondel.

Le traitement de la fièvre paludéenne de forme chronique, par les injections de bibromhydrate de quinine, par G. B. Ferguson (*The British Medical Journal*, 22 février 1902). — M. Ferguson dit avoir eu l'occasion d'utiliser les injections sous-cutanées de bibromhydrate de quinine, dans plusieurs cas de fièvre paludéenne, qui furent rebelles à toute médication à base de quinine simple, d'iodure ou d'arsenic. Il cite, tout particulièrement l'observation d'un officier de l'armée anglaise qui, après six injections sous-cutanées de bibromhydrate de quinine, guérit complètement de ses crises de paludisme.

Depuis longtemps déjà, les Italiens avaient mis en pratique la méthode des injections de quinine par la voie sous-cutanée, et Bacelli, dans une forme de malaria dite « comateuse, » fit même dans les veines des injections de ce sel à la dose d'un gramme. M. Benson, de son côté, rapporte 614 guérisons par le sulfate de quinine injecté à la dose de 30 centigrammes, dissous dans une solution de 150 centimètres cubes d'eau, légèrement acidulée avec Hcl.

M. Ferguson fait remarquer que le bibromhydrate de quinine est d'une remarquable efficacité, non seulement dans la fièvre paludéenne, mais encore dans plusieurs de ses complications, telles que le rhumatisme d'origine malarienne. Ce sel, plus que tous les autres, est excessivement soluble, et toutes les fois qu'il est injecté, d'une façon très aseptique, avec une aiguille parfaitement stérilisée, n'a jamais été cause d'abcès, ou même d'accidents de tétanos, d'ordinaire si fréquents dans les pays chauds.

L'auteur utilise le bibromhydrate, en inections sous-cutanées, à la dose de 20 centigrammes, dissous dans une solution de 150 centimètres cubes d'eau distillée chaude. Cette dose peut naturellement, dans certains cas, être augmentée, ou même donnée plusieurs fois par jours ; en géneral, telle qu'elle est administrée par l'auteur, elle est suffisante. M. Ferguson n'a pas expérimenté la méthode des injections intra-musculaires de bibromhydrate de quinine, dans la région fessière, préconisée par M. Manson, et pense que ces injections doivent être beaucoup plus douloureuses que celles faites par la voie sous-cutanée.

M. Ferguson recommande de pratiquer ces injections deux ou trois heures avant la crise attendue, et note qu'en l'espace de douze heures, le bibromhydrate de quinine peut être totalement excrété. D'après les observations de l'auteur, le maximum d'effet de ce sel a lieu une demi-heure après l'injection sous-cutanée.

R. Blondel.

La levure de bière et la levurine dans la peste bubonique, par le Dr Camillo da Fonseca, Rio-de-Janeiro (*Revista Medica-Chirurgica do Brazil*, du Dr A. Brissay, janvier 1902). — Dans la séance de la Société de médecine et chirurgie (de Rio-de-Janeiro) du 17 septembre dernier, le Dr C. da Fonseca a lu les observations de trois cas de peste, dans lesquels il a administré la levure de la bière.

Après avoir essayé l'emploi de différents médicaments, sans pouvoir abaisser la température des malades, le Dr C. da Fonseca eut l'idée d'essayer la levure de bière, vu qu'il s'agissait d'une maladie infectieuse du système lymphatique. Il conseilla d'abord l'usage de la levure de la bière à la dose de trois cuillerées à café par jour, par la bouche, et trois autres mélangées à des lavements.

Le lendemain, chez un de ses malades, la temrature s'abaissait à 39°2 et les douleurs avaient disparu.

Chez un autre malade la température s'abaissa à 38°2 et l'état général s'améliorait aussi.

L'état de ces malades restant stationnaire, l'auteur employa alors la levurine. Il se manifesta aussitôt une amélioration rapide et en peu de jours les malades furent en franche convalescence.

L'auteur ajoute que les trois cas, qui avaient débuté violemment, se terminèrent d'une façon bénigne. L'examen bactériologique de la lymphe bubonique, fait après l'administration de la levurine, démontra un nombre si inférieur de bacilles que leur présence ne put être confirmée que par la culture.

R. Blondel.

Térébenthine dans l'érisypèle, la scarlatine, la parotidite et la varicelle. (*Medicinskoïe Obosrenie* n° 12, 1901) Nazaroff a employé la térébenthine dans 70 cas d'érisypèle et 18 cas de parotidite, 6 cas de scarlatine et 4 cas de variole. Pour l'érisypèle il a procédé ainsi : Après avoir fait de légères incisions des tissus voisins de la plaque, il badigeonnait toute la plaque et la région voisine à la térébenthine pure.

Ces badigeonnages ont été répétés deux fois par jour.

Si dès le lendemain la température n'était pas abaissée, il administrait en même temps la térébenthine à l'intérieur à la dose de XV gouttes, deux ou trois fois par jour dans du lait. Ce traitement a amené un arrêt rapide dans l'évolution de l'érisypèle. — Dans les cas plus ou moins graves le traitement combiné (interne et externe) a été obligatoire. Dans les cas graves la dose de térébenthine donnée à l'intérieur a été de XV gouttes répétées trois fois par jour. Sous l'influence de ce traitement, dès le lendemain la température baisse, l'état général s'améliore nettement, l'appétit et le sommeil reviennent. Au bout de deux ou trois jours l'érisypèle finit par disparaître.

L'auteur n'a jamais observé aucun accident sérieux et il n'a pas perdu un seul de ses malades. Il a constaté seulement de fortes douleurs d'estomac disparaissant avec la suspension du traitement.

Une fois la guérison obtenue, il est utile, pour éviter des récidives, de faire des frictions sur la région qui a été atteinte avec une pommade à la térébenthine à 1 pour 20.

Dans les 18 cas de parotidite, l'auteur a employé la térébenthine en traitement interne exclusivement (XV gouttes trois fois par jour). La guérison est survenue au bout de 5 à 6 jours sans complication ni suppuration. Dans la scarlatine, la térébenthine administrée à l'intérieur a déterminé au bout de 3 à 4 jours la chute de la température: il n'y a pas eu de desquamation; l'albumine a disparu des urines au bout de 5 à 6 jours et la guérison complète est survenue après 10-12 jours de traitement. Dans un cas la scarlatine s'est compliquée de pneumonie et le malade a succombé. Dans la variole grave la térébenthine s'est montrée également utile: il y a eu une mort (variole hémorragique). Les autres malades ont guéri sans aucune complication.

J. Roubleff.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux.

Oblitération d'un trajet osseux avec la poudre d'os, (*Société de Médecine de Paris*, 25 janvier 1902). — M. Coudray présente un malade atteint de mastoïdite invétérée avec persistance d'un trajet cavitaire, qu'il a oblitéré par l'os calciné. Ce malade, âgé de 18 ans en 1899, présentait alors une mastoïdite suppurée et fistuleuse, datant de la première enfance. Deux opérations, faites dans la dernière période du traitement, avaient été infructueuses. La suppuration tarit à la longue, après de nombreuses pulvérisations iodoformées et formolées. Mais il persistait un long et large trajet fistuleux, en communication avec le conduit auditif externe. M. Coudray a comblé cette cavité, il y a six mois, à l'aide de *poudre d'os calciné de porc*, délayée dans quelques gouttes de chlorure d'éthyle. Cette pâte fut poussée dans le trajet et tassée avec un stylet. Le chlorure d'éthyle s'évaporant presque immédiatement, la pâte se solidifia à peu près ; mais elle n'était pas très ferme. Le premier mélange avait consisté en poudre d'os, iodoforme et salol. M. Coudray enleva plus tard la portion superficielle, trop friable, et la remplaça par de la *poudre d'os*, mélangée à une faible quantité de résorcine. Cette nouvelle composition est d'une extrême dureté, presque pierreuse, et l'on peut se rendre compte que les téguments y adhèrent. L'auteur a obtenu le même résultat dans une autre circonstance. Le trajet avait été avivé et cruenté au préalable. Si le résultat satisfaisant persiste, le dernier acte sera une petite autoplastie.

R. Blondel.

Le traitement chirurgical des névralgies du trijumeau, par M. Biagi (*Il Policlinico. Sec. Chirurgica* n° 12 1901). — Les névralgies ne constituent pas un symptôme, mais de véritables entités morbides bien déterminées. Ni la théorie centrale ni la théorie périphérique à elles seules ne peuvent expliquer la pathogénie de la maladie. Il est très important de faire un diagnostic exact sur la nature et surtout sur le siège de la névralgie ; ce diagnostic présente souvent de grandes difficultés, car on ne peut accepter absolument les idées de Benedickt qui veut que la douleur soit nettement localisée dans tous les cas de névralgies périphériques, tandis qu'elle serait vague et sourde quand il s'agit d'une névralgie centrale. Bien des fois le simple traitement médical échoue et il faut recourir alors à la chirurgie pour soulager et guérir le malade. Selon que le nerf est atteint après sa sortie du crâne ou dans la cavité cranienne, on a deux grandes catégories d'interventions chirurgicales; dans le second cas, l'intervention devrait être abandonnée parce qu'elle n'est pas seulement très difficile a être pratiquée, mais qu'elle peut aussi être le point de départ, la cause même, de complications très désagréables et très graves, tout en ne donnant pas la certitude d'une guérison définitive. L'ex-

érèse du nerf, au contraire, est une opération très facile, ne demandant ni des connaissances particulières, ni même des instruments spéciaux: c'est elle qu'il faudra toujours choisir. Les résultats de cette cure, pratiquée par l'auteur sur beaucoup de malades, ont été très satisfaisants.

AL. PERCIVAL.

Résection du ganglion de Gasser (*Gaz. méd. russe*, n° 45, 1901). — SAPIESKO estime que, dans la grande majorité des cas, notamment quand les douleurs sont localisées dans une ou deux branches, ainsi que dans les cas où la résection périphérique du nerf détermine une guérison prolongée, durant six mois au moins, la névralgie doit être considérée comme périphérique.

Au contraire, dans les cas où les douleurs névralgiques surviennent, quoique d'une façon intermittente, dans les trois branches, il faut admettre que la névralgie résulte d'une affection intra-cranienne du trijumeau; il faut ajouter que si la névralgie est localisée strictement à une seule moitié de la face, il est de la plus grande probabilité que c'est le ganglion de Gasser qui est atteint; parfois, cependant, c'est la racine du nerf qui est malade.

Si les douleurs névralgiques passent d'une moitié de la face à l'autre, il est plus que probable que ce sont les noyaux du trijumeau qui sont frappés.

L'auteur estime que, dans la grande majorité des cas de névralgie périphérique, il faut pratiquer la résection du nerf sur une étendue aussi grande que possible (d'après Tiersch).

Au contraire, dans les cas où une névralgie très rebelle frappe toutes les trois branches, c'est-à-dire dans les cas où cette névralgie est d'origine centrale, c'est la résection du ganglion de Gasser qui est indiquée. Cette résection est également indiquée dans les cas de violente névralgie périphérique, quand les résections périphériques ne donnent pas de résultats durables.

Etant donnée la possibilité d'une récidive assez fréquente par suite d'une régénérescence des anastomoses, l'auteur estime qu'il est indispensable de pratiquer la résection complète du ganglion. Il faut, en outre, pratiquer simultanément la résection des principales branches du trijumeau et des ganglions auditif et nasal.

J. ROUBLEFF.

Splénectomie dans la spénomégalie primitive, (Maladie de Banti), par G. B, ALLARIA (*Clinica Moderna*, n° 43, 1901). — La malade dont il s'agit était atteinte de splénomégalie primitive; l'auteur a pu l'étudier avant et après l'intervention chirurgicale, et dans son mémoire, il a recueilli de nombreux faits concernant l'étude du sang dans cette maladie. L'opération réussit et, malgré une suite de complications fâcheuses, la patiente guérit et se porte aujourd'hui très bien. Les statistiques sur la splénectomie donnent une mortalité de 18 0/0 : néanmoins l'auteur arrive à cette conclusion qu'on doit toujours essayer cette méthode, qui, seule, peut amener la guérison d'une maladie qui dans d'autres conditions, aboutit infailliblement à la mort.

AL. PERCIVAL.

Les indications du traitement correctif dans la scoliose, par LAGRANGE (*Société de Kinésithérapie*, 27 décembre 1901). — L'auteur fait ressortir l'urgence de la mobilisation préalable, avant de songer à la *correction* proprement dite, c'est-à-dire, aux moyens qui rendront le sujet apte à se redresser lui-même et à se maintenir droit.

La mobilisation est l'indication capitale du traitement correctif. On ne saurait se dispenser de mobiliser les parties déviées avant de les immobiliser dans un appareil contentif. L'application d'un corset plâtré, par exemple, nécessite des manœuvres de suspension qui n'ont pas d'autre effet que de mobiliser les vertèbres déviées, de les déplacer, de leur faire perdre momentanément leur position vicieuse, pour les ramener à leur place normale.

Jusque-là, on pourrait comparer la mobilisation préalable et le redressement d'un rachis scoliotique à une véritable manœuvre de *réduction*. Mais l'analogie s'arrête là et il n'est pas permis de comparer le rôle du corset à celui de l'appareil contentif qu'on laisse en place un certain nombre de jours pour assurer la coaptation des fragments ou empêcher l'issue d'un os de la cavité articulaire où on l'a replacé. Le corset, si l'on veut expliquer les bénéfices quelquefois très réels qu'on en retire, ne doit pas être considéré comme un agent de *contention* pour les os déplacés, mais comme un moyen de repos pour les muscles.

Le *repos des muscles rachidiens* est, en effet, une des indications les plus formelles et les plus urgentes du traitement correctif de la scoliose. On peut dire à ce point de vue que le corset, dans les scolioses au début, agit comme le ferait le décubitus, comme le font les sièges à dossier rationnel, les pupitres d'inclinaison appropriée à la vue de l'enfant, etc., enfin toutes les formes de mobilier scolaire qui visent à éviter des efforts prolongés aux muscles rachidiens.

Inutile d'insister sur l'utilité du corset comme tuteur dans les scolioses incurables, pour éviter les compressions nerveuses ou viscérales En

pareil cas, il ne s'agit plus de faire un traitement correctif, mais palliatif. Le corset devient en quelque sorte un appareil de *prothèse*.

Pendant longtemps, l'erreur de ceux qui voyaient, avec raison d'ailleurs, dans un trouble des fonctions musculaires le point de départ des déviations de la taille, était d'interpréter les vices de tenue comme le signe d'un défaut de force de certains muscles. Cette opinion a toujours été démentie par l'observation directe des faits et notamment par l'examen anatomique des muscles rachidiens, quand on a eu l'occasion de faire des autopsies de scoliotiques au début de la maladie. L'atrophie des muscles ne se rencontre qu'à une période avancée de la scoliose; elle est la conséquence et non la cause de la moindre mobilité du rachis.

Il y a manifestement des troubles de la fonction motrice dans les muscles du rachis chez les sujets atteints de déviation vertébrale; mais ces troubles ne consistent nullement dans une inégalité de force des muscles antagonistes. Il est facile de s'en assurer en soumettant les sujets à des appareils pour mouvements actifs, dont on puisse graduer exactement la résistance.

Les *mouvements correctifs* tels que les comprend l'auteur ne doivent donc pas avoir pour objectif essentiel de fortifier les muscles. Ils ont assurément un résultat mécanique analogue à celui des mouvements passifs et du massage. puisqu'ils peuvent mobiliser les articulations raidies, assouplir et allonger les tendons et les muscles rétractés. Ils ont aussi sans aucun doute un effet utile en augmentant la force des muscles: mais leur effet vraiment thérapeutique est de rétablir une sorte de discipline dans l'appareil moteur où les forces, dans la grande majorité des cas, sont plutôt mal coordonnées qu'insuffisantes. En un mot, ils sont surtout utiles en faisant la *rééducation* des forces qui concourrent à maintenir les vertèbres dans leur position correcte.

Aussi obtient-on souvent de grands succès orthopédiques avec des mouvements insignifiants comme dépense de force, mais tendant à faire agir la volonté sur les muscles auxquels elle semblait ne plus savoir commander. Tels par exemple les exercices de redressement avec la ceinture de Tydman; les exercices d'*autocorrection* faits devant une glace, etc.

C'est le secret des succès des Suédois qui, dans chaque exercice, exercent une surveillance sur l'attitude de la tête, des épaules, des hanches. L'effet d'un mouvement très correct consiste moins à fortifier les muscles intéressés ou à assouplir les ligaments qu'à éveiller et à exercer le sens musculaire en faisant l'éducation des fonctions de coordination.

C'est pourquoi les meilleures méthodes d'immobilisation et les meilleurs appareils contentifs ne peuvent rien faire en orthopédie sans le concours des mouvements correctifs volontaires. Mais il faut se rappeler que la caractéristique d'un mouvement correctif est la précision et non l'énergie.

E. Vogt.

La photothérapie dans le cancer (*The British Médical Journal*) 8 février 1902. — M. Stopford Taylor fait une communication sur le traitement des affections cancéreuses de la peau par le moyen des rayons X, et cite trois cas de guérison absolue d'ulcère rongeant, ayant envahi la face plus ou moins complètement. Dans un quatrième cas, où, chez une malade de 78 ans, tout le crâne et toute l'enveloppe péricrânienne étaient le siège d'un cancer très étendu, il n'y eut que guérison partielle, mais disparition totale de la douleur. M. Taylor pense : 1° que les rayons X doivent être conseillés spécialement dans tous les cas de cancer inopérable de la peau ; 2° que les meilleurs résultats ont été obtenus quand l'affection s'était limitée seulement aux parties molles; 3° que la guérison complète sans récidive est le résultat d'un traitement continu ; 4° enfin, que la photothérapie constitue une méthode, non pas opposée, mais supérieure, au contraire, à toutes les autres méthodes en usage dans le traitement des maladies cutanées.

M. Arthur Walker croit que l'action des rayons X sur l'ulcère rongeant de la peau n'est pas due au pouvoir d'escharrification que possèdent ces rayons, mais à quelque propriété, encore mystérieuse, à savoir que la lumière qu'ils émettent détruit et absorbe les cellules malignes, en faveur des tissus sains.

M. Gullan félicite M. Taylor des heureux résultats obtenus, et du parfait état de cicatrisation que présentent les trois cas d'ulcère rongeant rapportés par cet auteur.

M. Leslie Roberts dit que la lumière des rayons X peut être utilisée dans toutes les variétes de maladies de la peau, mais il regrette que, jusqu'à ce jour, les propriétés essentielles de cette lumière soient encore méconnues. Il pense, cependant, que deux faits caractérisent la nature des rayons X. D'un côté, il y a comme production d'une sorte de brûlure, et, de l'autre, il semble que se manifeste quelque action spécifique dans les effets de ces rayons sur la peau. Tout particulièrement sur le tissu épithélial, en voie de dégénérescence, cette action est nettement marquée.

Dans les cas de lupus, M. Roberts croit que les bons résultats obtenus sont dus moins à l'in-

fluence spécifique de ces rayons sur la peau, qu'à la sorte de brûlure occasionnée par leur lumière. Et cet auteur ajoute même que, dans le traitement du lupus, les vieilles méthodes sont encore les meilleures et que la lumière des rayons Rœntgen agit moins efficacement que celle émise par l'arc électrique.

R. Blondel.

Nouveau procédé d'analgésie des dents par l'électricité (*Académie de Médecine*, 18 mars 1902). — MM. L. R. Regnier et Henry Didsbury ont communiqué les résultats des recherches qu'ils ont entreprises à la fondation Isaac-Pereire, pour rechercher s'il était possible d'anesthésier les dents, pour les enlever, à l'aide de l'électricité. Ils ont employé l'appareil à courants de haute fréquence de d'Arsonval construit par Gaiffe. Les dents monoradiculaires non atteintes de périostite sont enlevées avec l'indolence la plus absolue. Les dents polyradiculaires, non atteintes de périostite, sont généralement anesthésiées ; s'il reste un peu de sensibilité, la douleur est toujours très atténuée.

Cette nouvelle méthode, qui dispense de l'emploi des agents anesthésiants toxiques, ne cause au malade aucun malaise, ni pendant l'électrisation, ni après, et n'exige aucune préparation spéciale.

Les auteurs ont également obtenu l'anesthésie de la dentine, dans les cas de carie non pénétrante, douloureuse, et se proposent d'utiliser leur méthode dans toutes les opérations douloureuses de la chirurgie dentaire.

R. Blondel.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Médecin des hôpitaux

Les angines ulcéro-membraneuses par Richardière, (*Revue Internationale de Médecine et de Chirurgie*, 10 mars 1902). — Les ulcérations pharyngées sont fréquentes chez les enfants ; elles se montrent au cours de maladies infectieuses bien déterminées, ou elles apparaissent comme une manifestation primitive. Les angines ulcéreuses primitives comprennent la gangrène primitive du larynx, l'angine herpétique ulcéreuse ; l'angine de Vincent et les angines ulcéro-membraneuses secondaires présentent la plus grande analogie avec les angines diphtériques, elles en diffèrent par l'absence du bacille de Loëffler. L'angine de Vincent est une maladie de l'enfance et ne se rencontre guère après 30 ans ; le début en est banal, il a lieu par un malaise général avec de la dysphagie, de la gêne de la déglutition ; le voile du palais est gonflé et œdématié, les amygdales sont tapissées de fausses membranes, la fièvre est peu élevée. A l'examen bactériologique des pseudo-membranes on constate l'existence de batonnets en fuseaux de longueur variable. Le traitement se réduit à l'emploi de badigeonnages iodés ou avec la préparation suivante :

Acide Salicylique ..... 1 gramme
Glycérine ..... 100 —

Richardière préfère l'eau oxygénée. Siredey s'est bien trouvé du bleu de méthylène. Sous le nom de pharyngo-stomatite ulcéreuse de l'enfant, l'auteur désigne une affection ressemblant singulièrement à l'angine de Vincent, mais en différant par l'absence de bacilles fusiformes ; le début en est assez insidieux ; il a lieu par une période « membraneuse » durant quelques jours, à la suite de laquelle on voit survenir des ulcérations extensives. La température est de 38°, il y a du jetage ; l'aspect général est celui d'une diphtérie toxique. La guérison est la règle. Le traitement qui a été employé dans ces cas consiste en lavages à l'eau oxygénée dédoublée ou au permanganate de potasse suivant la formule :

Permanganate de potasse... 0 gr. 2
Eau bouillie..... 1 litre.

Quelle est la nature de ces angines ? C'est un point que la bactériologie n'a point encore touché ; l'avenir seul permettra sans doute de classer ces angines d'une façon définitive.

P. Sainton.

Les rétrécissements du pylore et leur traitement, par Paucket (d'Amiens) (*Revue internationale de médecine et de chirurgie*, 10 mars 1902). — Les rétrécissements du pylore jouent un rôle considérable en pathologie stomacale : la dilatation de l'estomac n'est qu'un symptôme vulgaire consécutif à la sténose de cet orifice. Leur diagnostic peut être parfois assez difficile, au point de vue étiologique ; cependant qu'elle soit due à un cancer, à un spasme, à une cicatrice fibreuse, ou à une compression voisine, la sténose est du ressort de la chirurgie. Il faut se méfier des névropathes, qui acceptent, d'ailleurs, très volontiers une intervention chirurgicale inutile, il ne faut consentir à celle-ci qu'après un examen minutieux des faits.

Lorsque le diagnostic est bien posé, il faut remonter le malade ; s'il est très déprimé, on le soumettra aux injections de sérum ; s'il est plus résistant, la diète hydrique est de vigueur. L'auteur rejette les lavements nutritifs, auxquels il conteste toute valeur. Parmi les méthodes opéra-

toires, on peut choisir entre la pylorectomie, la pyloroplastie, la gastro-entérostomie, soit postérieure (von Hacker), soit antérieure (Wœlfler), soit en Y (Roux). Ces opérations peuvent être suivies de péritonite, de diarrhée, d'éviscérations, d'hémorragies, enfin de pneumonie. Une des plus importantes complications est le *cercle vicieux*, due à un défaut de technique ; il se peut que l'anse jéjunale accollée à l'estomac se courbe et forme un éperon, véritable clapet, permettant au contenu intestinal de revenir dans l'estomac, cet accident ne s'observe jamais dans la gastro-entérostomie en Y de Roux. Après l'opération, s'il n'y a aucun accident, le malade peut boire, dès le lendemain, du lait, du bouillon, des grogs, du thé, du café. Après huit jours, il prendra des œufs crus, des purées, des potages, des cervelles. Il ne faut point trop alimenter les malades, de crainte d'une obésité trop rapide.

L'auteur a pratiqué 21 opérations pour cancer du pylore et 9 pour rétrécissements cicatriciels ou spasmodiques : sur 11 pylorectomies avec abouchement terminal, il a eu 2 morts, l'une par diarrhée, l'autre par pneumonie; 4 pylorectomies suivies de gastro-entérostomie ont amené 2 morts, l'une par pneumonie, l'autre par cercle vicieux ; 6 gastro-entérostomies antérieures ont été suivies de 2 morts, l'une par hémorragie intestinale, l'autre par éviscération ; sur 9 gastro-entérostomies postérieures simples ou en Y, une seule mort est survenue.

La mortalité est donc de 21 pour 100. Il est vrai qu'un tiers des malades étaient très affaiblis et qu'au début, la technique de l'auteur a été un peu hésitante. La pylorectomie pour cancer donne deux ans, en moyenne, de survie, tandis que la gastro-entérostomie est suivie de mort au bout de huit ou dix mois.

P. Sainton.

Traitement de l'iléus par l'atropine, par Chassal (*Wiener med. Presse*, n° 4, 1902). — Nous avons, à plusieurs reprises, attiré l'attention sur ce mode de traitement (*v. p. ex. p. 163*, 1902), qui a donné à divers auteurs d'excellents résultats. Chassal se déclare adversaire résolu de cette médication : il croit que, dans les cas d'obstruction vraie, l'atropine n'a jamais rien donné, que les cas guéris n'étaient pas des obstructions vraies. L'atropine ne fait que retarder sans utilité le moment où l'on se décide à intervenir chirurgicalement : elle peut être rangée sous ce rapport à côté du lavage de l'estomac, qui produit les mêmes résultats.

L'auteur estime qu'on a eu grand tort d'abandonner la ponction des anses intestinales météorisées, opération inoffensive, qu'on peut renouveler en cas de nécessité autant de fois qu'il sera nécessaire.

E. Vogt.

Traitement de la dysenterie (*Journal de médecine militaire russe*, n° 11, 1901). — Dans 12 cas de dysenterie de gravité moyenne, Kouswitzky a employé avec succès des lavements tièdes au permanganate de potasse à 1/4000.

L'auteur a administré deux lavements par jour, d'un litre environ chacun. Ces lavements ont été bien supportés. Au bout de deux à trois jours de traitement exclusif par ces lavements, le sang et les mucosités ont disparu dans les selles, devenues moins fréquentes. C'est à ce moment que l'auteur a prescrit des paquets de poudre d'opium et de bismuth, tout en continuant les lavements pendant quelques jours encore, mais un lavement par jour seulement jusqu'à ce que les selles eussent repris un aspect tout-à-fait normal.

L'état général des malades s'améliore notablement, le ténesme et les douleurs de ventre disparaissent, l'appétit revient et la guérison ne tarde pas à se produire.

J. Roubleff.

Extrait de capsules surrénales dans les hémorrhagies gastro-intestinales, par J. C. M. Given (*The Bistish Médical Journal*, 25 février 1902). — M. Given, se rappelant que M. Thelwall Thomas recommandait, comme hémostatique, (*British Médical Journal*, 23 novembre 1901), l'extrait de capsules surrénales, expérimenta ce médicament dans un cas très grave d'hématémèses consécutives à un ulcère d'estomac. Trois fois, l'hémorrhagie survint, en dépit de la glace, de l'acide gallique et du repos, et s'arrêta après l'administration d'une première dose d'extrait de capsule surrénale. L'auteur ordonne cet hémostatique sous forme de poudre, à la dose de 0 gr. 30, toutes les trois heures, pendant 12 fois. Il regretterait de ne pas ajouter ce succès à ceux, déjà nombreux, du Dr Soltan Fenwick, qui a l'habitude de traiter les hématémèses par ce même médicament.

R. Blondel.

Iodure de potassium dans les coliques hépatiques (*Wratsch*, n° 40, 1901). — Il y a quelque temps, Dounine a préconisé l'emploi de l'iodure de potassium dans les accès fréquents de coliques hépatiques. Yavorski a eu recours à cette médication dans plus de trente cas, et en a obtenu des résultats très favorables.

Dès que les malades ont ingéré le premier flacon contenant 4 ou 6 grammes d'iodure de

potassium sur 200 d'eau, à la dose de deux cuillerées à soupe par jour, les coliques deviennent moins intenses et moins fréquentes, en même temps que la région de la vésicule biliaire devient moins douloureuse à la pression. Après deux ou trois flacons, les malades se sont considérés comme parfaitement guéris.

L'auteur a employé l'iodure de potassium dans les cas, où, à la suite d'une attaque intense et de courte durée, il persiste une douleur sourde dans l'hypochondre droit et une sensibilité très prononcée dans la région de la vésicule biliaire. Dans tous les cas, l'auteur n'a prescrit que l'iodure de potassium *exclusivement*.

Comment agit l'iodure de potassium? Dissout-il les calculs? Agit-il comme antispasmodique? Il est difficile de se prononcer : en tout cas, dans les attaques, il faut recourir aux anesthésiques et ne pas compter sur l'action lente de l'iodure de potassium.

J. Roubleff.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Considérations sur la pathogénie et le traitement du tic douloureux de la face par le Dr Grasset (de Tours). (*Touraine medicale*, 15 février 1902.) — Le malade qui fait l'objet de cette observation est un homme de 52 ans, qui depuis une dizaine d'années est atteint d'un tic douloureux convulsif de la face; aucune autre étiologie ne peut être invoquée chez lui que l'alcoolisme, la cause en est donc problématique. Tous les traitements institués chez cet homme ont été suivis de résultats variables; l'ablation de toutes les dents suspectes s'est montrée impuissante. On eut alors recours au bromure de potassium (6 grammes par jour), a l'aconitine, à la phénacétine, à l'antipyrine, à l'exalgine, aux valérianates, aux sels de quinine; à l'extérieur on employa le guaiacol, le menthol, le chloroforme, le laudanum, le chlorure d'éthyle, l'anesthyle. Les courants continus à l'intensité de 7 milliampères, furent employés pendant quelque temps. Delagenière qui vit le malade conseilla l'ablation du ganglion de Gasser. En dernier lieu, le traitement opiacé (50 centigrammes d'extrait thébaïque par jour) a été conseillé. Chacune de ces médications a amené une amélioration temporaine; l'auteur se montre sceptique sur le résultat de sa dernière intervention thérapeutique en craignant des récidives.

P. Sainton.

Paralysie radiale traumatique par De Buck. (*Belgique Médicale*, 13 février 1902). — Un ouvrier briquetier, au cours d'un exercice de gymnastique, au moment de son entrée à l'armée, est pris subitement d'une douleur dans la région épicondylienne, acccompagnée de paralysie. Deux mois après, il existait une paralysie de la supination et de l'extension à l'avant-bras; la contractilité électrique galvanique aussi bien que faradique était diminuée; il existait des troubles sensitifs, dans le domaine du radial, au bras et à la main.

Le diagnostic porté fut celui d'une lésion traumatique intéressant les muscles et probablement le nerf radial. Une incision permit de constater une rupture du court supinateur, rompu transversalement et couvert d'une ecchymose sanguine en voie de résorption englobant les branches du nerf radial. La plaie fut nettoyée et cinq jours après la paralysie avait diminué. Ce cas de paralysie radiale est très exceptionnel et l'auteur n'a pu en trouver aucun autre dans la littérature médicale.

P. Sainton.

Traitement spécifique du tabes par Fournier. (*Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 6 mars 1902). — M. Fournier a réuni environ 1300 cas de tabès; 1000 étaient d'origine syphilitique, 100 ne présentaient pas de syphilis, 200 étaient douteux; sur tous ces cas il peut presque affirmer d'avoir guéri un cas de tabès par le calomel, mais il est certain de ne n'en avoir pas guéri deux. Il y a un fossé infranchissable pour le traitement entre l'action du mercure sur la syphilis et son action sur la parasyphilis; tandis que le traitement guérit 99 0/0 des lésions syphilitiques proprement dites, il n'agit presque jamais sur les parasyphilis comme le tabès ou la paralysie générale. Si certains cas paraissent guéris, il ne faut pas oublier que nombre de tabès s'arrêtent spontanément dans leur évolution, surtout chez la femme. Le traitement appliqué en ces cas paraîtrait en enrayer la marche; il n'est qu'indifférent.

G. Lyon.

Traitement de l'ataxie locomotrice par Hœflmayer (*Wiener Klin. Rundschau*, n° 51, 1901). Pour l'auteur, il faut avant tout relever les échanges nutritifs et chercher à augmenter le poids de l'ataxique. On recommandera de petits repas nombreux, mais substantiels, précédés d'un repos de courte durée, une règlementation sévère de l'alcool et du tabac; pour activer les échanges, on prescrira un bain complet à 35° de 8 à 10 minutes, suivi d'un enveloppement dans des linges secs chauffés, d'une demi-heure

environ. Le malade sera mis ainsi dans un état de moiteur : il faut éviter la transpiration. Pour terminer, lavage avec un linge humide à 30° et friction sèche consécutive. Le malade fait ensuite une courte promenade en évitant la fatigue. Ces bains seront données trois fois par semaine; ils produisent un effet indéniable sur l'état général et les troubles sensitifs, moteurs et sphinctériens.

En été, on peut remplacer ces bains par un bain de soleil d'une demi-heure (la tête à l'ombre), suivi d'un bain de rivière de 2 à 3 min. à 20° au moins.

Dans les jours intercalaires, on fera des séances de courant constant (courant ascendant de 10 mA., pendant 10 minutes le long du rachis. Sur les plaques d'anesthésie des extrémités, on fera passer le rouleau faradique (courant faible).

Le traitement de Frenkel sera modifié en ce sens qu'on s'ingéniera principalement à faire soulever le talon au malade, de facon à empêcher celui-ci de frapper le sol avec son talon et à éviter ainsi l'ébranlement de la moelle et du cerveau.

Traitement des myélites syphilitiques par l'introduction de solutions mercurielles dans le canal rachidien (*Soc. de dermat. et de syph.*, janvier 1902). — M. Gaucher, au nom de M. Schachmann, médecin de la Charité à Bucarest, communique une note portant sur un cas de myélite syphilitique qui, après avoir résisté à tous les traitements usuels, aurait été considérablement améliorée à la suite de vingt-trois injections journalières d'un centimètre cube d'une solution de benzoate de mercure au 1/100e dans le canal médullaire.

De cette observation et de deux autres cas analogues, mais dont il ne donne pas présentement le détail, l'auteur a cru pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les injections intra-rachidiennes de mercure (l'auteur n'a employé que le benzoate) sont bien supportées par les malades, ne les exposant à aucun accident fâcheux;

2° Les premiers troubles dont elles sont suivies sont de courte durée et, une fois passés, ne se reproduisent plus, l'accoutumance du système nerveux à une forte imprégnation journalière s'étant produite;

3° L'effet produit sur le système nerveux par cette voie est plus notable et plus rapide que celui d'aucune autre méthode suivie jusqu'à maintenant;

4° Cette méthode est à tenter dans toutes les maladies chroniques de la moelle dont l'origine syphilitique pourrait être soupçonnée, surtout au commencement de leur évolution, car par cette voie il semble qu'on obtient une imprégnation plus forte, plus intime et plus efficace du système nerveux central;

5° Cette méthode pourrait avoir des applications dans les maladies médullaires de nature non syphilitique, les effets résorbants du mercure étant connus.

R. Blondel.

Traitement de la sclérodermie par Lesmann (*D. Arch. f. Klin. Medicin*, n° 66, 1901). — L'auteur recommande le traitement arsenical à hautes doses. Dans un cas guéri depuis 4 ans, l'auteur prescrivit l'eau de Roncegno à l'intérieur et pratiqua des injections sous-cutanées d'arséniate de soude. Il ne faut pas craindre d'aller jusqu'à l'apparition de phénomènes d'intoxication, anoréxie, nausées, asthénie, etc. : l'auteur ne suspendit le traitement qu'en présence de l'arythmie cardiaque.

Pour les injections on se servit d'une solution à 1 0/0 d'arséniate de soude.

E. Vogt.

Traitement balnéaire et physico-diététique des affections nerveuses par Erb (*Volkmann's Klin. Vortræge 321, 1901*). — L'auteur ne croit pas devoir accorder un rôle bien important au régime dans le traitement des névroses : les cures diététiques de l'épilepsie, de la neurasthénie, de la paralysie agitante, etc., n'ont pas donné de résultats. On n'obtient des modifications dans l'état des malades que dans les cas où les écarts d'alimentation sont la cause de l'état morbide, en supprimant cette cause.

Le premier rang, dans le traitement des névroses. doit être peut-être accordé aux cures d'air : elles ont une action puissante sur les troubles fonctionnels. Il semble que l'hivernage aux hautes altitudes agisse bien plus favorablement que le séjour dans les stations d'hiver du midi.

L'hydrothérapie satisfait sans nul doute à tous les désiderata; on peut, avec elle, produire aussi bien des effets excitants que des effets calmants, mais elle n'a pas une influence aussi profonde que les cures d'altitude.

Le saisons balnéaires agissent moins encore et l'électricité enfin ne satisfait qu'à quelques indications. Elle ne mérite ni l'enthousiasme de jadis ni le scepticisme d'aujourd'hui.

La psychothérapie ne deva jamais être négligée.

E. Vogt.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

D' MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux

Le peroxyde d'hydrogène dans le traitement du lupus ordinaire et de l'abcès tuberculeux, par CHARLES HERBERT GUNSON (*The British Medical Journal*, 22 février 1902).—M. Gunson rapporte plusieurs cas de guérison de lupus, dus au peroxyde d'hydrogène, administré en pulvérisation chaque jour. Sous l'action de ce corps, les granulations de la plaie apparaissent plus vivaces, le stratum lucidum plus actif, tandis que la zone de congestion environnant l'ulcère disparaît petit à petit. Enfin, la cicatrice qui en résulte devient ferme et n'a pas tendance à se rompre à la moindre irritation.

L'auteur fait remarquer que les granulations trop saillantes, doivent être grattées, avant toute pulvérisation au peroxyde d'hydrogène, et doivent être pansées avec une pommade à la lanoline, composée d'iodoforme en poudre et d'acide borique (2 parties pour une d'iodoforme).

Dans les cas d'abcès tuberculeux, M. Gunson expérimenta encore le peroxyde d'hydrogène et obtint d'excellents résultats. Après avoir évacué le contenu de l'abcès, il pulvérise, chaque jour, au moyen de ce corps, toute la poche qui enveloppe cet abcès, et qui, elle-même, se comble en peu de temps de granulations saines. Plus que par tout autre traitement, la guérison par le peroxyde d'hydrogène est rapide. Ainsi, l'auteur rapporte un cas d'abcès de l'articulation coxo-fémorale, qui, en dix semaines, sous l'action du peroxyde d'hydrogène et du tamponnement à la gaze iodoformée, a guéri complètement.

R. BLONDEL.

Du traitement de l'eczéma chronique par ALFRED EDDOWES (*The British Medical Journal*, 15 février 1902). — L'auteur admet qu'il n'y a pas de règle absolue dans le traitement de l'eczéma chronique, car ce traitement dépend autant de la variété d'eczéma que de chacune des causes qui produisent différemment cette même affection. Aujourd'hui on peut affirmer presque sûrement que l'eczéma est toujours d'origine parasitaire. Et l'auteur, d'après ses recherches histologiques et bactériologiques sur la nature de cette maladie de la peau, arrive à cette conclusion que dans l'eczéma, les micro-organismes qui viennent secréter leurs toxines, peuvent être, tout à la fois une cause et une complication. Généralement, ces micro-organismes restent à la superficie et n'atteignent la profondeur des tissus qu'ultérieurement.

M. Eddowes recommande de renouveler fréquemment le pansement, car, sur une surface eczémateuse, le sérum exsudé et l'albumine coagulée constituent un milieu idéal pour la culture des germes pathogènes. Autant que possible, il faut éviter, par l'application trop prolongée de quelque antiseptique ou de quelque substance émolliente trop longtemps laissée à demeure, de troubler le repos physiologique c'est-à-dire « d'irriter » les extrémités des nerfs de sensibilité ou de nutrition de la peau.

Le traitement local de l'eczéma chronique variera suivant la forme de l'affection, qui peut être diffuse ou circonscrite, papuleuse ou pustuleuse, érythémateuse ou squameuse, linéaire ou lichéniforme, etc. etc.

Surtout, on tiendra compte de l'état général, de la diathèse acquise ou héréditaire (syphilis, tuberculose, arthritisme), ou bien des causes extérieures (chaleur, froid, etc) qui peuvent aggraver l'affection. Suivant les cas, on prescrira le calomel, la décoction d'aloès, le fer, la quinine, la strychnine, le colchique, les citrates et les carbonates. Quelquefois, la diète absolue sera ordonnée, et chez les enfants l'administration de l'huile de foie de morue ou de l'extrait de corps thyroïde rendra de réels services.

R. BLONDEL.

Traitement des engelures, par LASSAR (*Ther. der Gegenwart*, n° 1, 1902). — Dans tous les cas d'engelures, (mains ou pieds, *ulcérées ou non*), l'auteur fait appliquer pendant la nuit, une couche épaisse, recouverte d'un linge, du topique suivant :

Onguent de plomb	âà 40	grammes
Vaseline jaune		
Huile d'olives	20	—
Acide phénique	2	—
Essence de lavande	XXX	gouttes

Usage externe.

E. VOGT.

Des modes d'utilisation des eaux minérales sulfureuses dans le traitement de la syphilis (*Société de Médecine de Paris*, 25 janvier et 8 février 1902). — M. Edmond VIDAL répartit en 3 groupes les syphilitiques auxquels on peut ordonner une cure sulfureuse : 1° Syphilitiques récents, ayant été régulièrement traités et ne présentant plus, depuis moins d'un an, d'accidents spécifiques ; 2° syphilitiques récents à forme grave d'emblée, à lésions récidivantes, rebelles au traitement mercuriel et ioduré, et

syphilitiques anciens, mal traités, à accidents cutanés tertiaires, gommes ou syphilides ; 3° syphilitiques trop profondément mercurialisés. Intoxication mercurielle.

Ceux de la première catégorie sont ceux auxquels on prescrit la cure sulfureuse comme pierre de touche, comme traitement d'épreuve. M. E. Vidal est d'avis que, même lorsqu'il ne se produit rien, le syphilitique guéri en apparence ne doit jamais oublier qu'il a eu la vérole. — Avec ceux de la seconde catégorie, le médecin d'eaux, activant la nutrition générale et l'élimination, fera tolérer à son malade les doses énormes de 12, 15, 20 grammes d'onguent napolitain en frictions quotidiennes. — Dans la 3e catégorie, on pourra encore donner les frictions malgré l'intoxication mercurielle, en raison de l'élimination du chlorure double de sodium et de mercure, devenu au contact des tissus un albuminate soluble. Sous l'influence de l'hydrogène sulfuré, l'élimination définitive se fait sous forme de sulfate de mercure. C'est un *lavage mercuriel* des tissus syphilitiques. — Le seul bain possible est le bain de vapeur sulfureux en caisse, tel qu'il est pratiqué à Aix-la-Chapelle. Il est à souhaiter que des installations analogues soient inaugurées à Luchon, Uriage, Challes, Aix, Cauterets, etc...

R. Blondel.

Traitement de la syphilis par les injections intra-veineuses de sublimé (*Wratsch*, n° 44, 1901). — Ayant pratiqué des injections intra-veineuses de sublimé chez des syphilitiques (femmes), Zirhatscheff formule à ce sujet les conclusions suivantes :

1° Les injections intra-veineuses de sublimé à 1 0/00 ou 1/1500 ne sont pas dangereuses et ne déterminent généralement aucun accident, elles sont cependant contre indiquées chez les artério-scléreux ;

2° Les phénomènes syphilitiques disparaissent à la suite de ce traitement : il y a des exceptions, mais elles ne sauraient être généralisées ;

3° Au cours même du traitement peuvent survenir de nouvelles manifestations syphilitiques ;

4° Les injections intra-veineuses agissent aussi et même plus rapidement que les injections sous-cutanées ;

5° Les injections de solutions plus concentrées exercent une action plus rapide sur la disparition des manifestations pathologiques, mais cette rapidité ne se trouve pas en proportion directe avec la concentration de la solution ;

6° Les injections intra-veineuses ne déterminent d'action irritante ni sur le canal intestinal ni sur la cavité buccale ; il faut donc les employer de préférence à d'autres procédés thérapeutiques chez des personnes prédisposées aux inflammations buccales ;

7° Les récidives dans le traitement par les injections intra-veineuses se produisent plus rapidement et plus fréquemment que dans le traitement par les injections sous-cutanées ;

8° On ne saurait, en aucune façon, proposer le traitement par les injections intra-veineuses comme une sorte de panacée à la période tertiaire : il a des avantages sur les autres procédés de traitement dans les cas où il y a tendance à la stomatite mercurielle et aussi dans tous les cas graves où les injections sous-cutanées ne donnent pas les résultats voulus.

J. Roubleff.

Maladies des Voies urinaires

Dr Chevalier,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté.

Traitement de la blennorrhagie par l'ichthargan (*Therap. Monatshifte*, mars 1902. — Saalfeld a étudié l'action du thiohydrocarburosulfonate d'argent ou ichthargan dans la blennorrhagie : ce sel contient 30 0/0 d'argent, et se présente sous l'aspect d'une poudre brune, amorphe, sans odeur, très facilement soluble dans l'eau, la glycérine et l'alcool étendu, mais insoluble dans l'alcool absolu, l'éther et le chloroforme. Pour que la solution ne brunisse pas, il faut la garder en flacons colorés.

L'auteur a étudié l'action de l'ichthargan sur 140 blennorrhagiques présentant les stades et formes les plus variés. Dans les cas récents, les malades ont fait, avec la seringue ordinaire, plusieurs injections par jour, d'une solution à 0,05 pour 200. Le liquide doit être gardé, si possible, 10 minutes dans l'urèthre. Si cette solution est bien supportée, ce qui est presque toujours le cas, on montera peu à peu à 0,1 : 200. Certains malades acceptèrent en lieu et place de ces injections, de venir tous les jours se faire faire un lavage par la méthode de Jamt : dans ce cas, l'auteur se servit d'une solution à 0,25 pour 1000 : le titre fut augmenté peu à peu à 1,5 pour 1000.

Par les deux méthodes, on obtint la disparition des gonocoques avec une rapidité tout-à-fait remarquable. Ce résultat a été surtout

apprécié par les malades que l'auteur avait auparavant soignés par d'autres méthodes.

Dans les cas où l'urèthre postérieur était intéressé, les lavages ont été faits avec la sonde de Nélaton : ici encore le médicament fut fort bien supporté ; dans quelques rares cas seulement on nota un peu de cuisson dans le canal.

L'auteur a fait aussi des instillations avec des solutions de 1/2 à 5 0/0 : elles ne provoquent aucune réaction douloureuse.

Dans presque tous les cas, il ne fut pas nécessaire, pour obtenir la guérison, d'abandonner l'ichthargan.

Dans 5 cas de blennorrhagie chez la femme, on plaça dans le vagin un tampon de gaze imbibé de solution d'ichthargan à 1 0/0 ; l'écoulement vaginal fétide fut ainsi rapidement supprimé.

E. Vogt.

A propos de quelques points importants du traitement de la blennorrhagie, (*Soc. de méd. scientifique de Kœnigsberg*, 20 janvier 1902). — Scholtz constate que même les meilleurs médicaments utilisés en injections uréthrales sont incapables d'agir en profondeur : les *injections prolongées*, faites le soir, agissent certainement d'une façon plus efficace que les injections faites selon la méthode ordinaire.

Pour l'auteur, la présence des filaments tant redoutés des malades ne constitue pas un symptôme bien important ; il est facile, avec les méthodes modernes d'investigation, de faire le départ des rares sujets chez lesquels les filaments présentent un danger quelconque d'infection. Les uréthrites chroniques bénignes, si elles ne s'accompagnent pas de rétrécissements ou d'infiltration accusée de la région malade, doivent être considérées comme inoffensives et il est inutile de vouloir à toute force les guérir par des traitements locaux.

Dans la discussion qui a suivi cette communication, les orateurs, tout en faisant quelques réserves, ont été d'accord pour admettre que dans les cas de ce genre c'était la prostate surtout qui devait attirer l'attention du médecin.

E. Vogt.

Quand peut-on considérer la blénnorrhagie comme guérie ? (*Thérapeutique Moderne Russe*, n° 9, 1901). — Goutmann, en se basant sur des observations personnelles, pose les conditions suivantes, quant à l'affirmation de la guérison complète de la blenorrhagie :

Tout d'abord il faut remarquer que, pour distinger les gonocoques, d'autres parasites présentant certains caractères de ressemblance, il est souvent nécessaire de recourir à des cultures. Ceci posé, on ne saurait considérer l'uréthrite blennorrhagique comme guérie que si, après des examens microscopiques (répétés de cinq à vingt examens), et après un certain nombre de cultures, on s'est persuadé de l'absence complète de gonocoques dans l'urine du matin, et dans les sécrétions de l'urèthre et de ses glandes.

Si après avoir examiné l'urine du matin et le liquide prostatique, on n'y trouve ni gonocoques ni leucocythes, et cela même après que le malade a fait excès de boissons alcooliques et pratiqué le coït, on ne peut se borner à cinq ou six examens.

L'uréthrite non spécifique consécutive à la guérison de la blennorrhagie n'est pas contagieuse pour la femme, mais n'est pas absolument sans danger pour le malade lui-même. L'uréthrite aseptique ou à saprophytes peut être considérée comme guérie lorsque les leucocythes ont complètement disparu de l'urine ou bien, lorsqu'on n'en trouve que cinq à dix dans le champ du microscope et encore si ce nombre n'augmente pas notablement à la suite d'un excès ou d'un coït.

J. Roubleff.

De la néphrotomie partielle par B. G. A. Moynihan (*The British Medical Journal*) 1er février 1902. — De nos jours, la chirurgie tend à devenir de plus en plus conservatrice, du moins, toutes les fois que cela semble permis ou légitime.

Déjà, à propos du rein, Paoli avait montré que la néphrotomie pouvait être sans danger, exécutée partiellement, et avait prouvé, par ses expériences, qu'après l'ablation d'un rein, l'autre rein, a moitié excisé, suffit aux besoins de l'animal. De son côté, M. Henry Morris mentionne le cas d'un malade qui, souffrant d'une tuberculose rénale, eut un rein enlevé et le tiers de son second rein excisé. Cinq années après son opération, le malade jouissait encore de la meilleure santé, et pouvait, sans difficultés, gagner sa vie.

M. Moynihan pense que si la néphrotomie partielle constitue une opération possible et non dangereuse, c'est que la plaie consécutive à une incision, largement faite, dans la substance du rein, pour l'extraction d'un calcul, ou dans un but d'exploration, guérit toujours avec une remarquable facilité. Trois fois cet auteur eut l'occasion de pratiquer avec succès la néphrotomie partielle.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une tumeur kystique du rein droit chez une femme de 42 ans, qui, trois ans après l'opération, était encore en bonne santé.

Le deuxième cas se rapporte à un homme de 36 ans, porteur d'une tumeur siégeant un peu à droite et au-dessus de l'ombilic. On diagnostiqua un cancer du pylore. En réalité la tumeur n'était qu'un kyste situé dans la bande d'union d'un rein en fer à cheval.

Enfin, chez une jeune femme de 21 ans, qui fait l'objet de la troisième observation, M. Moynihan trouva un myxo-sarcome de l'extrémité inférieure du rein droit, et pratiqua, sans inconvénient, l'excision de la moitié de ce rein.

R. Blondel.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL,

Chef du Laboratoire de la Maternité, à l'hôpital de la Charité

Traitement conservateur des tumeurs purulentes des annexes (pyosalpinx, ovarite suppurée) et de leurs résultats éloignés par les méthodes d'incision vaginale, par Duhrssen (A) (*Berl. klin Wochenschr*, n° 50, 1901.)—L'auteur rapporte deux cas d'abcès ovariens ; dans le 1er cas, l'abcès s'étendait jusqu'à l'ombilic ; dans le 2e cas, il se compliquait d'un pyosalpinx de l'autre côté. Dans l'un et l'autre cas, on fit une simple incision vaginale suivie d'un tamponnement, et on obtint une guérison rapide. L'auteur a fait porter le résultat de ses recherches sur 10 malades, en utilisant le procédé préconisé par Küstner. Les résultats obtenus pour quatre de ces cas ont été publiés dans les *Arckiv. f, Gynakologie*, vol. LX, n° 3 ; les six autres cas font l'objet de ce travail. Il expose ensuite ses idées sur les exsudats de péri et de paramétrite, qui reconnaissent pour cause une tumeur purulente des annexes, pour lesquels le traitement résorbant était resté sans résultat, et qui avaient nécessité l'intervention chirurgicale par le procédé mentionné plus haut, laquelle fut suivie de guérison.

En se basant sur les résultats qu'il a obtenus dans ses expériences, l'auteur recommande les méthodes suivantes dans le traitement des pyosalpinx, des abcès de l'ovaire, ou des exsudats fistuleux qui peuvent survenir plus tard : 1° La simple incision du cul-de-sac vaginal postérieur pour l'évacuation de l'exsudat de périmétrite et l'ouverture d'un foyer purulent, adhérent, d'un seul ou des deux annexes ; de même dans le cas où le foyer purulent n'est pas adhérent ; 2° L'incision du cul-de-sac latéral avec excision du ligament large, par la voie extrapéritonéale, avec ouverture du Douglas postérieur, du Douglas antérieur, ou des Douglas antérieur et postérieur ; 3° L'incision transversale du cul-de-sac antérieur avec libération de la vessie, dans le but d'établir une contre-ouverture avec fistule abdominale ; 4° L'incision des deux cul-de-sac latéraux avec excision des deux ligaments larges ; 5° La colpo-cœliotomie antérieure seule ou combinée avec l'excision complète d'un ligament large.

R. Blondel.

Méthode plastique pour fermer, à l'aide de l'utérus, les fistules vésico-vaginales difficiles à opérer, par Nicolai Wolkowitsch (*Centralb. für Gynæk.*, 26 octobre 1901, n° 43). — Les deux principales causes d'insuccès des opérations de fistules vésico-vaginales étendues, sont : d'une part, la tendance à la désunion des lèvres de la plaie, quand la perte de substance était étendue, et, en second lieu, la mauvaise qualité des tissus sur lesquels repose la vessie suturée. Si l'on veut que la guérison suive l'opération, il faut surtout veiller à fournir aux tissus suturés une base solide, une couche de tissus de bonne qualité, auxquels les bords suturés de la fistule puissent adhérer. Si ce plan sous-jacent de bonne qualité existe, la fistule ne tardera pas à se fermer complètement, même si, au début, l'adaptation des lèvres de la plaie vésicale n'est pas parfaite.

Le procédé de dédoublement remplit en partie ces desiderata ; mais l'étendue du tissu cicatriciel, les adhérences au niveau du pubis ne permettent pas toujours facilement un rapprochement suffisant des bords de la fistule.

Ce qui surtout s'oppose à la libération des tissus autour de la fistule, c'est l'utérus avec ses adhérences, d'où la nécessité de restituer à la matrice sa mobilité pour pouvoir l'abaisser et relâcher ainsi les bords de la fistule, surtout le bord supérieur.

La descente de la matrice non seulement rétrécit la fistule, mais encore peut remplir la deuxième condition exigée pour la guérison, c'est-à-dire que l'utérus lui-même peut constituer le plan de soutènement de la suture vésicale.

L'auteur commence l'opération par la dissection de l'anneau cicatriciel, ou mieux par son ablation. D'autres fois, il incise directement le cul-de-sac postérieur, en prolongeant l'incision latéralement, dans la direction de la fistule ; l'incision embrasse toute la fistule de façon à ce qu'on puisse détacher, de la muqueuse vaginale, un lambeau tel que la place qui en résulte soit assez grande ; mais il faut éviter d'inciser trop près du col pour ne pas endommager sa nutrition.

On libère ensuite le col du tissu cicatriciel qui l'entoure, ce qui permet son abaissement progressif. Il faut surtout travailler en arrière et latéralement, car l'obstacle à l'abaissement est rarement très grand en avant et, en ce point, on aura plus tard à dédoubler la paroi vésico-utérine.

La libération du col doit se faire sans qu'on touche au péritoine, autant que possible. Dans trois cas, l'auteur a incisé le péritoine, deux fois légèrement, la troisième fois assez largement.

L'utérus doit être abaissé jusqu'à l'urètre, et si celui-ci est intéressé dans la fistule, l'abaissement doit se faire jusqu'à l'orifice urétral externe, ce qui malheureusement n'est pas toujours possible.

La séparation de l'utérus ne doit pas remonter trop haut ; il faut absolument éviter de léser les artères utérines.

Suivant les cas, l'auteur s'occupe parfois de la fistule avant de libérer l'utérus. Mais, comme l'utérus doit rester adhérent à la paroi vaginale en avant et un peu latéralement, il faut détacher la muqueuse vaginale, non seulement autour de la fistule, mais aussi à une certaine distance sur les côtés.

Pour cela, l'auteur incise au-dessous du bord inférieur de la fistule, le plus loin possible de ce bord (1 —. 1 1/2 centimètre) attendu que le résultat est d'autant meilleur que la plaie offre une plus grande surface au col. Cette incision est prolongée en courbe légère, sur les côtés, et va rejoindre celle qui entoure le col. En avant, et un peu latéralement, cette incision est très voisine de l'entrée vaginale ; on détache la muqueuse aussi loin que possible en un seul morceau, en même temps qu'on détache du pubis les parties de la fistule qui y adhèrent.

On avive les bords de la muqueuse vésicale autant qu'il est nécessaire pour faire disparaître tout tissu cicatriciel. En haut, on dédouble la paroi, moins pour mobiliser l'utérus que pour aviver la face antérieure du col.

Il est, en général, inutile de suturer la muqueuse dans la vessie : l'abaissement de l'utérus réunit les lèvres de l'incision ; les fils formeraient des corps étrangers dans la vessie. Une seule fois, l'auteur a suturé la vessie au catgut, dans un cas de fistule très étendue, adhérente au pubis, avec un col très petit.

Il ne reste plus qu'à fixer l'utérus et à fermer l'orifice de la fistule. Pour cela, on suture le col à la surface avivée de la paroi vaginale. Trois ou quatre fils suffisent. Les deux sutures principales à la soie forte traversent le col et la plaie vaginale aux deux angles latéro-antérieurs : l'aiguille introduite dans la paroi vaginale, près de la surface avivée, chemine profondément dans cette surface et assez loin de son point d'entrée, puis, par le tissu du col, pénètre dans le canal cervical. La seconde suture est faite de même en sens inverse. En serrant ces deux fils, on assure déjà une adaption complète du col à l'orifice fistuleux. Pour mieux assurer encore cette adaptation, surtout au niveau du bord inférieur, on place encore un ou deux fils de soie fine, moins profondément, pour fixer le bord de la plaie vaginale au col, à l'union de la muqueuse du col avec la surface avivée de la face antérieure.

Pour qu'il soit facile plus tard de retrouver ces fils, on ne les coupe pas immédiatement après le nœud, mais on fait, à une certaine distance, un second nœud, après lequel les fils sont coupés.

Pour assurer l'écoulement de l'urine, l'auteur imite la conduite de Sematsky, c'est-à-dire qu'il draine la vessie par en haut, surtout dans le cas où la fistule a intéressé le conduit urétral ; dans les trois derniers cas opérés par lui, il a mis une sonde dans l'urètre qui n'était pas lésé.

L'auteur a opéré huit femmes par ce procédé. Six fois, il s'agissait réellement de fistule vésico-vaginale, deux fois l'urètre était intéressé.

Sur les six femmes de la première catégorie, une seule fois il y eut nécrose d'un point du col, latéralement : la fistule n'était plus fermée que par la muqueuse vésicale qui, précisément dans ce cas, avait été suturée ; il restait, au niveau de l'orifice de l'urètre, une fistule de la dimension d'un crayon. Il s'agissait d'un cas très difficile : la fistule primitive laissait passer trois doigts : elle était adhérente au pubis : l'utérus très fixé ne put être abaissé qu'avec grande difficulté : la femme, accouchée depuis huit mois, avait encore des douleurs phlébitiques, et son état général laissait à désirer.

Dans l'un des cas de la deuxième catégorie, toute la partie postérieure de l'urètre manquait. La fistule guérit, mais il resta, d'un côté, à la partie inférieure de l'urètre, une fente qu'on sutura vainement. On détacha alors l'urètre des tissus environnants, on lui fit subir une rotation sur son axe longitudinal, jusqu'à ce que la fente amenée en haut fut suturée en ce point. L'urètre fut ainsi notablement raccourci. L'opération date de cinq semaines. Il y eut d'abord incontinence absolue : maintenant la femme retient, étant couchée, quelques cuillerées d'urine.

Par l'injection d'eau salée physiologique dans la vessie, on dilate et on augmente la capacité de la vessie, ce qui influe sur le pouvoir de rétention de l'organe.

L'autre cas, de la deuxième catégorie, était une fistule vésico-vaginale énorme, avec dispa-

rition complète de l'urètre. La fistule est fermée : il reste à reconstituer un urètre.

R. Blondel.

Traitement chirurgical des prolapsus du rectum, de l'utérus et du vagin, par P. Herzen (*Société médicale de l'hôpital Staro Ekaterininsky de Moscou*, 21 septembre 1901). — Dans un cas de prolapsus grave du rectum, de l'utérus et du vagin, avec véritable effondrement du périnée, chez un jeune multipare, l'auteur a recouru, avec succès, au procédé de Jeannel qu'il considère comme plus rationnel que celui de Mikulicz.

La paroi abdominale et le péritoine incisés depuis l'ombilic et jusqu'à deux centimètres du pubis, on ramena le rectum vers la plaie et on le sutura à la partie supérieure de l'anse sigmoïde; cette fixation fut faite non seulement à l'aide des sutures de Lambert, mais encore par un surjet en voie fine, traversant la musculeuse et la sous-muqueuse, afin d'obtenir une union plus parfaite. On remonta ensuite l'utérus qu'on fixa à la paroi abdominale. Ensuite la partie de l'anse sigmoïde, que la fixation du rectum éliminait de la circulation intestinale, fut fixée à 4 centimètres au-dessus de l'utérus, à l'aide de quatre points intéressant la paroi intestinale, le péritoine pariétal et le fascia. En même temps on libéra le sac de la hernie ombilicale dont était affligée la malade, et on ferma l'orifice. Suture de la paroi abdominale.

Suites opératoires bonnes : réunion par première intention.

L'opérée a quitté l'hôpital six semaines plus tard; il n'y avait plus de prolapsus du rectum, mais le périnée bombait pendant les efforts.

R. Blondel.

Pédiâtrie

Dr THIERCELIN

Chef de clinique à la Faculté de Médecine

Injection sous-cutanée de gélatine dans le mélœna des nouveaux-nés par Holtschmidt (*Münch. med. Wachenschrift* n° 1, 1902). — L'auteur est parvenu, dans 5 cas, à arrêter l'hémorragie en pratiquant une ou plusieurs injections hypodermiques de 15 ccm. de solution de gélatine. Ces injections sont fort bien supportées, la résorption a été rapide et facile.

Le plus souvent, une seule injection a suffi pour amener la guérison, mais il ne faudrait pas hésiter, dans les cas graves, à en faire plusieurs dans la même journée, jusqu'à cessation de l'hémorragie.

L'asepsie la plus minutieuse, au cours de l'intervention et de la préparation de la solution, est indispensable. Il ne faut pas oublier que la stérilisation de la gélatine peut seule éviter les infections, car la gélatine est très souvent infestée de microbes de tout genre.

E. Vogt.

Traitement du muguet des enfants par les cautérisations au nitrate d'argent (*Thérapeutique moderne russe*, n° 12, 1901). — Vladimiroff ayant employé sans succès bien des substances dans le traitement du muguet, s'est décidé à recourir au nitrate d'argent à 2 0/0, préconisé par Hénoch et un certain nombre d'autres auteurs. Les résultats obtenus dans des cas très graves ont été vraiment remarquables. Pour que le traitement réussisse, il est indispensable de pratiquer un nettoyage très minutieux de la cavité buccale. Dans les cas graves, les plaques sont très adhérentes à la muqueuse, et il faut employer une certaine force pour les enlever; il n'est pas rare qu'il se produise une légère hémorragie : on ne doit pas hésiter, malgré cela, à enlever toutes les plaques. Si l'hémorragie est considérable, on l'arrête facilement en faisant de la compression à l'aide de petits tampons d'ouate, imbibés d'une solution d'acide borique.

Ce n'est que lorsque le nettoyage est complet qu'il faut faire les badigeonnages. Pour cela, on tient prêts deux tampons d'ouate dont l'un est imbibé de nitrate d'argent et l'autre de chlorure de sodium. Pour éviter les mouvements de mastication inévitables chez l'enfant, au moment de l'introduction du pinceau, on maintient la bouche ouverte. On met l'enfant sur la table, la tête de côté et l'on commence les badigeonnages avec la solution salée. Si la cautérisation est bien faite, on peut souvent se contenter d'une seule : si toutefois on est obligé les jours suivants de répéter l'opération, le nettoyage de la bouche est plus facile à faire.

Après la cautérisation, la muqueuse prend un aspect blanchâtre, ce qui permet de savoir si la cautérisation a porté sur toutes les régions malades.

La guérison est obtenue avec un nombre de cautérisations variant de 1 à 3 (pas plus d'une cautérisation par jour).

J. Roublefff.

Bains chauds dans la méningite cérébro-spinale des enfants (*Thérapeutique moderne russe*, n° 12, 1901). — Slesinger a constaté que

les bains chauds constituent un excellent moyen dans la méningite cérébro-spinale et cela même dans les cas graves. Voici comment il s'exprime à ce sujet : « Nous n'affirmons pas que les bains chauds soient le seul moyen ou bien le moyen spécifique dans la méningite cérébro-spinale ; mais ce qui est certain c'est que ces bains constituent le meilleur analgésique et le meilleur sédatif.

J. Roubleff.

Traitement du noma chez les enfants. (*Thérapeutique Moderne Russe*, n° 12, 1901). — Dans le noma, à la suite de la scarlatine et de la rougeole, Motschau a obtenu de fort bons résultats par l'emploi de *la lumière électrique rouge*. Il s'est servi d'une petite lampe électrique ordinaire de 16 bougies, à verre rouge, et munie d'un réflecteur conique. Il a soumis à cet éclairage la région ulcérée sur une étendue de 25 centimètres ; l'éclairage a été continué sans interruption, jour et nuit.

Sous l'influence de ce traitement, la sensibilité a très rapidement disparu, l'odeur a diminué, la plaie a commencé à se cicatriser et à se remplir de granulations. Au bout d'un mois de traitement, une cicatrice rose et lisse s'est formée; l'odeur a complètement disparu. Après l'extraction du séquestre du maxillaire inférieur, la suppuration s'est arrêtée.

J. Roubleff.

Pharmacologie

D' E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

L'acide salicylique et son emploi (*Deutsche Praxis*, 25 février 1902). — Homberger constate que le salicylate de soude, sel très soluble, devrait être absorbé sans difficulté et ne jamais occasionner de troubles gastriques : or, tel n'est pas le cas, par la raison que le salicylate de soude, en présence de l'acide chlorhydrique, donne naissance à de l'acide salicylique qui irrite la muqueuse gastrique.

Pour obvier à cet inconvénient, on peut recourir à deux procédés : 1° Fixer l'acide chlorhydrique et empêcher ainsi toute combinaison avec le salicylate de soude; 2° Activer la résorption du salicylate de soude.

Un moyen fort simple, connu depuis longtemps, mais oublié, consiste à additionner le salicylate de bicarbonate de soude. On satisfait ainsi aux deux desiderata ci-dessus : on neutralise l'acide chlorhydrique et l'acide carbonique qui se développe favorise la résorption du salicylate de soude.

L'auteur a reconnu, en outre, qu'en diluant trop le salicylate, on arrive à le faire séjourner trop longtemps dans l'estomac et on favorise ainsi la formation d'acide salicylique irritant.

En outre, si, comme on le fait trop souvent, on administre le salicylate au moment des repas, on s'expose de même aux inconvénients ci-dessus énumérés.

Donc, administrer le salicylate de soude à jeun ou loin des repas, dans peu d'eau et additionné de parties égales de bicarbonate de soude.

E. Vogt.

Valeur thérapeutique de l'iodolène (*Medicinskoie Obosrenie*, n° 1, 1902). — L'iodolène, combinaison d'iodol et d'albumine, se présente sous forme d'une poudre fine, sans saveur ni odeur, insoluble dans l'eau, l'alcool, etc. On l'obtient sous deux formes : iodolène pour usage interne, contenant de 9 à 10 0/0 d'iodol : c'est un succédané des iodures alcalins; l'iodolène pour usage externe, contenant 36 0/0 d'iodol, succédané de l'iodoforme et d'autres antiseptiques.

Jordan a expérimenté l'iodolène dans la syphilis tertiaire (14 cas). Il l'a administré à ses malades, en poudre, à la dose de 2 grammes, en dehors des repas.

Les malades se sont plaints les premiers temps d'une sensation désagréable, tenant à ce que l'iodolène remplit rapidement toute la cavité buccale ; mais, au bout de peu de temps, ils s'y sont habitués en le prenant, soit dans du lait, soit dans de l'eau. La dose initiale de 2 grammes a été portée progressivement jusqu'à 10 grammes dans certains cas. On a constaté des phénomènes d'iodisme, mais ces phénomènes sont légers et passagers, de sorte qu'on n'a jamais été obligé de suspendre le traitement. En ce qui concerne les résultats obtenus, Jordan estime que l'iodolène agit efficacement dans la syphilis tertiaire et la syphilis maligne, à condition, toutefois, d'être administré à hautes doses (de 12 à 20 grammes par jour).

Quant à l'iodolène pour l'usage externe, l'auteur l'a employé dans les gommes ulcérées, dans les plaques muqueuses et le chancre mou, et il a pu constater que ces applications aidées d'un traitement général déterminent une cicatrisation rapide.

Dans vingt-cinq cas de chancre mou, il n'a obtenu la guérison que dans un tiers de cas ; la durée du traitement a été de vingt-sept jours environ. La suppuration disparaît plus ou moins rapidement, mais, par contre, la cicatrisation se fait lentement.

J. Roubleff.

Tétanos consécutif à des injections de gélatine, par Kuhn (*München. med. Wochenschrift* n° 48, 1901). — Nous avons parlé incidemment (*voir page 212 de cette revue*) du cas de Ziebel : dans celui de Kuhn, il s'agit d'un hémophile âgé de 12 ans, opéré pour végétations adénoïdes par un spécialiste : le soir de l'opération l'hémorragie n'avait pas encore pu être arrêtée. Kuhn se décida alors à injecter dans la cuisse, avec toutes les précautions antiseptiques, 50 gr. d'une solution de gélatine à 2 0/0, stérilisée par le pharmacien qui fournit la solution.

L'injection fut très douloureuse : il se développa de la gangrène au point d'injection, et le lendemain matin on constata du trismus, puis des contractions tétaniques des membres inférieurs. Le malade mourut.

L'auteur conseille de ne jamais utiliser que de la gélatine fraîchement préparée avec des tissus collagènes d'animaux sains, qu'on vient d'abattre.

E. Vogt.

Utilisation thérapeutique de la lumière électrique par incandescence (*Wiener med. Presse*, 42-43, 1901). — Strœbel a constaté sur ses malades que les rayons ultra-violets provoquent une sensation de tension localisée au point traité, avec prurit léger et même pigmentation dans certains cas. L'irritation dure un certain temps, mais finit par disparaître ; il arrive toutefois que les accidents sont tenaces : la susceptibilité individuelle varie beaucoup à cet égard.

Sur les plaies, l'action des rayons ultra-violets se manifeste par le développement d'une sécrétion exagérée, suivie d'épidermisation rapide sans cicatrice épaisse.

L'auteur a traité deux cas de *lupus vulgaire* de la face ayant résisté à toutes les médications : les résultats jusqu'ici obtenus par lui sont très satisfaisants, car les points traités sont cicatrisés. Deux cas d'*ulcères de jambe spécifiques*, ayant résisté au traitement classique, sont aujourd'hui guéris, grâce à quelques séances d'une demi-heure de durée. Dans un cas de *psoriasis* des deux jambes, 8 séances d'une heure et demie de durée ont fait disparaître les placards. La guérison date de 8 mois. Dans un cas d'*herpès tonsurant du cuir chevelu*, on commença par raser une large bordure autour des plaques, puis on fit des séances d'une demi-heure, précédées chaque fois d'un nettoyage minutieux à l'éther. Au bout de trois semaines, le processus était enrayé : aujourd'hui, la repousse des cheveux se fait bien. Deux séances ont suffi pour guérir un *eczéma humide rebelle*. Les *ulcères de jambe non spécifiques* ont tous guéri en 9 à 20 séances (un cas datait de 18 ans). Pansements à la glycérine dans l'intervalle des séances.

Parmi les *affections des muqueuses*, il y a lieu de citer un cas de vaginite blennorrhagique rebelle. On fit tous les trois jours, après un lavage minutieux avec une solution chlorurée sodique, une séance endo-vaginale de 20 minutes pendant un mois. Aujourd'hui, deux mois après cessation du traitement, la guérison s'est maintenue. Dans un cas d'*endométrite catarrhale*, on fit des applications intra-utérines après dilatation du canal cervical pour permettre l'introduction de l'instrument. Après 10 séances, cessation de la sécrétion, qui ne reparaît plus actuellement qu'au moment des époques (avant et après). Deux cas de *gonorrhée ancienne* (hommes) ont guéri après 5 à 6 séances de 15 minutes de durée.

E. Vogt.

Thiol, (*Medicinskoïe Obosrenie* n° 11, 1901). — Ivanoff a employé dans 29 cas, — où pour la plupart il s'est agit d'affections cutanées — des badigeonnages au thiol.

Dans quatre (orchite blennorrhagique, eczéma du cuir chevelu, ulcère de la jambe) les badigeonnages et applications de thiol n'ont donné aucun résultat. Dans tous les autres cas l'action de ces badigeonnages a été excellente. Des ulcères de la jambe, rebelles à tout traitement, se sont cicatrisés au bout de 7 à 8 jours par des badigeonnages au thiol glycériné.

Thiol liquide.....	20 grammes
Glycérine.....	10 —

Les granulations ont été fort bonnes, nullement sanguinolentes.

La cicatrisation a marché rapidement.

Dans l'herpès tonsurant, rebelle à tout traitement, la guérison est survenue au bout de 6 jours.

Des badigeonnages au thiol se sont montrés particulièrement favorables dans les brûlures, où l'on a pu constater les propriétés kératoplastiques et anesthésiantes du thiol. Le thiol présente cet avantage sur l'ichthyol qu'il n'a pas d'odeur et qu'il n'irrite pas les plaies.

J. Roublefff.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

MERCURE (Bichlorure de).

Sublimé corrosif. $HgCl^2$.

Propriétés physiques et chimiques. — Prismes rhomboïdaux droits, incolores et anhydres, de saveur métallique très désagréable, de réaction acide. Solubles dans 18 p. d'eau, 3 gr. 61 d'alcool à 90°, 4 p. d'éther, 13 gr. 33 de glycérine.

Attaque les métaux (bijoux, argenterie, baignoires de zinc, etc.). Formant facilement avec les sels alcalins et ammoniacaux des sels doubles très solubles.

Incompatibilités. — Avec les alcalis, les carbonates et sulfures, les iodures, les bromures alcalins, les sels d'argent, de plomb, le tartre stibié, le sucre (réduction), l'albumine (composé insoluble), les décoctés astringents, les alcaloïdes.

Contre-indications. — Intolérance spéciale des femmes enceintes, des Brightiques.

Propriétés et indications thérapeutiques. — Antisyphilitique.

Antiseptique de premier ordre, d'un usage courant en chirurgie et obstétrique. Employé également dans la pratique dermatologique contre la phtiriase, le prurit, la séborrhée.

Formes Pharm.-Posol. — *Usage interne* : 0 gr. 005 à 0 gr. 03 en pilules, sirops, solutions. Liqueur de van Swieten (v. Formules).

Usage externe. — Collodion, gargarismes, gaze, glycérolé, papier, pastilles, pommade.

Solutions à 0 gr. 25 à 1 0/000 (antisepsie chirurgicale et obstétricale; injections hypodermiques et intra-veineuses); à 0 gr. 10 0/000 lavages uréthaux.

N.-B. — Les pilules, sirops, biscuits et en général les préparations qui unissent au sublimé des substances organiques sont peu recommandables, parce qu'elles amènent une réduction plus ou moins lente de ce produit qui le transforme en calomel ou même à la longue en mercure métallique.

Il importe de constater d'ailleurs que les préparations de sublimé le renferment :

1° *En nature.* — Liqueur de van Swieten, solutions aqueuses, alcooliques, glycérinées.

2° *Plus ou moins altéré.* — Pilules, sirops, potions, biscuits.

3° *Transformé.* — Sel alembroth, chloramidure, mélanges albumineux, solution dans l'iodure de potassium.

Formules.

Bains :

Sublimé	20	grammes
Chlorure d'ammonium	20	—
Eau distillée	200	—

à verser dans l'eau du bain. (Codex).

Collodion :

Sublimé	1	gramme
Collodion élastique	30	—

Eau phagédénique :

Chlorure mercurique	0 gr.	40
Eau de chaux	120	grammes

En lotions, pure ou coupée d'eau, contre les plaques muqueuses, les chancres etc.

Gargarisme :

Sublimé	0 gr.	25
Glycérine	50	—
Eau distillée	200	—

Glycérolé :

Glycérine	30	grammes
Sublimé	0 gr.	35

(en applications sur les amygdales, dans les angines).

Liqueur de Gowland :

Chlorure mercurique	1	gramme
Chlorure d'ammonium	1	—
Alcool à 90°	15	—
Eau de laurier-cerise	15	—
Emulsion d'amandes amères	500	—

(en lotions contre le prurit).

Liqueur de van Swieten :

Chlorure mercurique	1	gramme
Eau distillée	900	—
Alcool à 80°	100	—

1 gramme contient 0 gr. 001 de sublimé.

Usage interne. — 15 à 30 grammes.

Enfants. — 1 à 2 grammes par année

Usage externe. — Pure ou coupée de partie égale d'eau, en lotions, pansements.

Mixtures :

Glycérine	50	grammes
Eau de roses	50	—
Borax	4	—
Liqueur de van Swieten	20	—

En frictions sur les taches de la syphilide pigmentaire.

Alcool camphré..... 420 grammes
Glycérine..... 100 —
Essence de térébenthine. 30 —
Sublimé..... 0 gr. 60
(Lotions parasiticide. (Hallopeau).
Sublimé..... 0 gr. 20
Hydrate de chloral..... 4 grammes
Résorcine..... 3 —
Huile de ricin..... 1 —
Teinture de quinine.... 50 —
Alcool à 90°..... 150 —
(pour frictions sur le cuir chevelu, dans les alopécies). (Gaucher).

Liqueur de van Swieten. 200 grammes
Iodure de potassium ... 50 —
Eau... ..... qs. pour 1 litre
Chaque cuillerée à soupe contient 0 gr. 004 de sublimé et 1 gramme d'iodure.
1 à 3 cuillerées à soupe par jour (syphilis).

Papiers :
Chaque feuille contient 0 gr. 25 de sublimé.
Une feuille dans un litre d'eau pour l'usage externe. (Balme).

Pastilles :
A 0 gr. 50 et 1 gramme par pastille.

Paquets :
Sublimé corrosif pulvérisé. 0 gr. 25
Acide tartrique pulvérisé... 1 gramme
Carmin d'indigo..... 0 gr. 001
1 paquet dans 1 litre d'eau, pour injections vaginales.
(Formule à l'usage des sages-femmes).

Pilules :
Pilules de Dupuytren.
Sublimé..... 0 gr. 01
Extrait thébaïque..... 0 gr. 02
Pour 1 pilule — 1 à 3 par jour.

Solution éthérée :
Sublimé..... } aa 1 gramme
Acide tartrique..... }
Alcool à 90°..... 5 —
Ether..... qs. pour 50 —
Pour pulvérisations sur les pustules varioliques.

Solution alcoolique :
Sublimé..... 10 grammes
Alcool..... 100 —
Une cuillerée à café dans 1 litre d'eau chaude, pour lotions, injections etc.

Solutions aqueuses :
Sublimé..... 0 gr. 05
Eau distillée et stérilisée. 100 cc.
Injecter 10 à 20 cc. dans l'épaisseur des muscles.
Sublimé..... 0 gr. 05
Eau salée (à 7.50 0/000)
et stérilisée..... 100 grammes
Injecter 10 à 20 cc. dans l'intérieur d'une veine.
Hydrate de chloral.... 25 grammes
Eau distillée..... 500 —
Liqueur de van Swieten 100 —
En lotions contre le pityriasis du cuir chevelu. (Martineau).

Pommades :
Sublimé..... 0 gr. 10
Vaseline..... 100 grammes
Pour le toucher vaginal (Codex).

Vinaigre :
Sublimé..... 1 gramme
Vinaigre..... 300 —
En lotions contre les lentes des pédiculi.
G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Le VIe Congrès français de Médecine doit se réunir à Toulouse, du 1er au 4 avril 1902, sous la présidence de M. le professeur Lemoine (de Lille).

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° *Insuffisance hépatique.* — Rapporteurs : MM. les docteurs Charrin (de Paris) ; Ducamp (de Montpellier) ; Ver Eecke (de Gand).

2° *Les convulsions chez l'enfant.* — Rapporteurs : MM. les professeurs Moussous (de Bordeaux) ; d'Espine (de Genève).

3° *Les médicaments d'épargne.* — Rapporteurs MM. les professeurs Soulier (de Lyon) ; Henrijean (de Liège).

De plus, des séances seront réservées aux communications présentées par MM. les membres du Congrès.

Les rapports seront adressés à tous les adhérents titulaires en temps utile pour qu'ils puissent en prendre connaissance avant la réunion du Congrès.

Les sujets des communications devront être remis avant le 15 mars, pour être compris dans

les programmes et ordres du jour distribués avant la réunion du Congrès.

En raison de l'époque peu avancée de la saison, il n'a pas été possible d'organiser d'excursion pendant la durée du Congrès. Une excursion finale permettra toutefois aux Congressistes de visiter une région des plus intéressantes des Pyrénées-Orientales (Perpignan, Port-Vendres, Banyuls, Amélie-les-Bains, etc.).

Malgré des démarches réitérées, on n'a pu obtenir des Compagnies de chemins de fer une réduction de tarifs. (Les Messageries maritimes, la Compagnie Fraissinet et les chemins de fer de l'État, ont seuls consenti la réduction habituelle.) Mais les Congressistes pourront bénéficier des tarifs spéciaux en vigueur pendant les vacances de Pâques. (Réduction de 25 0/0 en 1re classe ; 20 0/0 en 2e et 3e classe).

Les adhésions et demandes de renseignements doivent être adressées au Secrétaire général.

La cotisation est de vingt francs pour les membres *titulaires* (docteurs en médecine) et de dix francs pour les membres *associés* (étudiants en médecine, dames et personnes non docteurs en médecine s'intéressant aux sciences médicales).

Les adhérents peuvent adresser dès maintenant leur cotisation à M. le Dr Parant, Trésorier, 17, allée de Garonne, qui, s'ils le préfèrent, leur fera présenter ultérieurement, par la poste, la quittance augmentée des frais de recouvrement.

BIBLIOGRAPHIE

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles, par C. Crinon, pharmacien de 1re classe, directeur du *Répertoire de Pharmacie* et des *Annales de Chimie analytique*, 9e édition, chez Rueff, éditeur, 106 boulevard Saint-Germain, Paris. *Prix* : 4 francs.

Dans la neuvième édition qu'il publie aujourd'hui, M. Crinon a introduit les médicaments nouveaux ayant fait leur apparition dans le courant de l'année qui vient de s'écouler : parmi ces médicaments, les plus importants sont : l'*Acétopyrine*, l'*Agurine*, le *Camphorate de gaïacol*, le *Camphorate de pyramidon*, les *Glycéro-arséniates de chaux et de fer*, l'*Hermophényl*, l'*Hontine*, l'*Iodipine*, la *Lécithine*, le *Purgatol*, le *Myosérum*, le *Tétranitrol* et les *Vasoliments*.

Continuant de se conformer au système qu'il a adopté dans le principe, M. Crinon a consacré peu de place aux substances encore peu étudiées et ne paraissant pas destinées à un véritable avenir thérapeutique, et les développements dans lesquels il est entré ont été, en général proportionnés à l'importance réelle ou présumée des médicaments.

Le plan de l'ouvrage est resté le même : on y trouve indiqués sommairement et successivement, pour chaque substance, le mode de préparation, les propriétés physiques et chimiques, les caractères distinctifs, l'action physiologique, l'action thérapeutique, les formes pharmaceutiques qui se prêtent le mieux à son administration, et enfin, les doses auxquelles elle peut être prescrite.

La tuberculose est curable, par le Dr Elisée Ribard, Membre du Conseil d'hygiène du XVIe arrondissement, attaché au service des tuberculeux à l'hôpital Boucicaut, avec Préface du Dr Maurice Letulle, Professeur agrégé, médecin en chef à l'hôpital Boucicaut 1 vol. in-12 de 173 pages, broché, prix : 2 francs. (C. Naud, Éditeur, 3 rue Racine, Paris).

Nlle Imprimerie E. Lesnier dir., 35-37 rue St-Lazare, Paris — *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, (*Séance du 20 Février 1902*) sous la présidence de M. Brouardel. — La correspondance comprend une lettre de M. le secrétaire du Syndicat de Nantes, protestant contre le refus de la société locale de cette ville qui n'a pas voulu recevoir un membre de l'Association amicale. Des renseignements ont été demandés au président de l'Association de la Loire-Inférieure.

M. le Président de la Société du Loiret a envoyé à M. le Secrétaire-général, le libellé des articles qui modifient les statuts de cettte société et mentionnent l'exclusion des femmes divorcées on remariées à un étranger à la profession médicale.

M. le Secrétaire-général aura prochainement une entrevue avec M. le chef du bureau des institutions de prévoyance afin de faire régler par M. le ministre de l'Intérieur cette question restée en suspens après la dernière assemblée.

M. le Président croit impossible de rayer, sauf les cas d'indignité notoire, un membre d'une société de secours mutuels qui a versé ses cotisations. Il pense donc que l'admission des femmes, quand elle a été prononcée, doit être définitive.

M. Gripat, président du syndicat d'Angers, demande les formalités à remplir pour un membre d'une soctété locale désirant quitter celle-ci pour se faire inscrire à la Société centrale. D'autre part M. Billon, sécrétaire de la société du Jura, demande que les statuts de l'Association mentionnent expressément « que tout médecin qui voudra être admis dans une société autre que celle de sa résidence soit tenu à joindre à sa demande une lettre signée des membres du bureau de sa société locale et déclarant ne pas s'opposer à son admission ».

M. Lereboullet a répondu que la mesure proposée par M. Billon était excellente, mais qu'il n'était point nécessaire, pour la faire adopter, de modifier nos statuts. Il suffira d'en aviser les sociétés unies. Cette réponse est approuvée par le Conseil.

M. Philbert communique deux lettres de confrères qui, ayant lu les comptes rendus du Conseil général demandent à faire partie de l'Association.

M. Blache annonce qu'il a reçu notification de l'approbatiun des nouveaux statuts modifiés le 10 novembre dernier.

Le Conseil fixe l'ordre du jour de la séance annuelle des 6 et 7 avril et vote sur la désignation des nouveaux membres du Conseil qui seront présentés au vote de l'Assemblée générale.

Il est décidé que la séance du dimanche sera consacrée non seulement à la lecture des rapports statutaires, mais à la discussion des questions mises à l'ordre du jour; par conséquent cette séance ne sera point publique, mais réservée aux membres du Conseil général et aux délégués des sociétés unies. Dans la séance du lundi on continuera la discussion des questions mises à l'ordre du jour. Le banquet aura lieu le dimanche. Une réception ouverte aura lieu chez M. le Président Brouardel, le lundi.

Le Conseil examine ensuite les statuts de la Mutuelle médicale de Saumur et de la Caisse de retraites que propose de fonder la société de l'Isère. Il est d'avis de ne pas conseiller aux membres de l'Association leur adhésion à ces œuvres.

M. le Trésorier a reçu l'état de la situation financière de l'Association amicale. Cet état, ainsi que le résumé de la situation de la Caisse des retraites, figureront à l'annuaire.

M. le Trésorier rend compte des achats de rente qu'il a effectués avec le produit de la vente de la ferme de Montsoutin, provenant du legs Marjolin.

Des subventions s'élevant à 700 fr. sont votées à la société de la Dordogne et à celle de Toulon.

M. Sainton demande des instructions au sujet du rapport sur les pensions de retraites. Le conseil décide que toutes les pensions seront portées à 800 fr.

M. de Ranse fait part des études qu'il a entreprises pour établir le prix de revient d'un bulletin de l'Association. Cette question sera discutée à la prochaide séance, et fera l'objet d'un rapport à l'Assemblée générale des 6 et 7 avril.

La Ligue contre la mortalité infantile. — Il vient de se fonder à Paris, sous le titre de *Ligue contre la mortalité infantile*, une société d'études, de propagande et d'action, destinée à combattre par tous les moyens possibles, la mortalité excessive et évitable des enfants du premier âge.

La *Ligue contre la mortalité infantile* se propose de provoquer la création ou de favoriser le développement des œuvres d'initiative privée sur tous les points du territoire où l'examen des statistiques lui en démontrera la nécessité. Loin de vouloir se substituer à aucune des œuvres qui ont pour objet la protection et l'assistance de la première enfance, elle s'efforcera, au contraire, d'appeler l'attention sur leur existence et leurs bienfaits.

La Ligue se propose de faire appel, s'il y a lieu, à l'intervention des pouvoirs publics; elle a notamment l'intention de rechercher, avec le concours des administrations et des médecins, les causes de l'excès de mortalité infantile dans un grand nombre de localités; elle préconisera, suivant les résultats de ces enquêtes locales, les différents moyens à employer; elle se mettra à la disposition des municipalités et des initiateurs pour aider à la fondation de refuges-ouvroirs, de maternités hospitalières, de sociétés d'assistance maternelle à domicile, de mutualités maternelles, de secours d'allaitement maternel, de consultations de nourrissons, de gouttes de lait, de crèches et dispensaires, de patronages. etc., pour propager et faciliter la distribution de lait stérilisé, pour organiser des conférences d'éducation maternelle; en un mot, pour coopérer à toutes les institutions et œuvres ayant pour but la protection des mères nécessiteuses et des nourrissons élevés dans leurs familles, placés en nourrice, protégés, secourus, assistés.

La Ligue fera tous ses efforts pour répandre les notions d'hygiène infantile et d'élevage rationnel des enfants du premier âge; elle centralisera tous les documents français et étrangers y relatifs; elle publiera des notices et des brochures; elle répondra à toutes les demandes de renseignements; elle prendra, en un mot, toutes les mesures utiles de propagande et de vulgarisation.

Parmi les premiers adhérents, nous relevons les noms de:

MM. le prince d'Arenberg, député, président de la Société Philantropique; Dr Budin, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de Médecine; Paul Strauss, sénateur; L. Bruyère, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique de France; Dr Fournier, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de Médecine, ; Duclaux membre de l'Académie de Médecine, directeur de l'Institut Pasteur; Jonnard, député, ancien gouverneur de l'Algérie; Josias, membre de l'Académie, médecin de l'hôpital Bretonneau; Dr Léon Labbé, sénateur; Sabran, président du Conseil d'administration des Hospices à Lyon; Charles Risler, maire du VIIe arrondissement de Paris, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris; Théophile Roussel, sénateur; Dr Granchet professeur à la Faculté, membre de l'Académie de Médecine; Dr Variot, médecin de l'hôpital des Enfants Malades.

Le comité d'initiative a constitué un bureau ainsi composé:

Président: M. Th. Roussel; vice-présidents: MM. Paul Strauss et Pierre Budin; secrétaires: MM. les Drs Josias et Variot; trésorier: M. le Dr Henri de Rotchschild.

Toutes les demandes d'adhésions et de renseignements peuvent être adressées au Siège Social de l'œuvre, 7 rue Mondovi.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS, 6e

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS: MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon, Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF; MM. LES PROFESSEURS LANDOUZY ET LÉPINE

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS: MM.

TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Par Membre de l'Académie de médecine Chirurgien de la Pitié.

BERGER
Professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris, Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de l'hôpital Beaujon.

PONCET
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon Correspondant de l'Académie de Médecine.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

RÉDACTEUR EN CHEF: M. LE PROFESSEUR F. TERRIER

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1891, le 10 de chaque mois

Chaque livraison de la *Revue de Médecine* contient de 5 à 6 feuilles grand in-8; chaque livraison de la *Revue de Chirurgie* contient de 8 à 9 feuilles grand in-8.

PRIX D'ABONNEMENT:

Pour la Revue de Médecine		Pour la Revue de Chirurgie	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	20 fr.
— Départements et étranger	23 fr.	— Départements et étranger	23 fr.
La livraison, 2 francs.		La livraison, 3 francs.	

Les deux Revues réunies, un an, Paris, 45 francs. — Départements et étranger, 50 francs

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale

TRAVAUX ORIGINAUX

INJECTIONS DE CALOMEL

Par le Pr Alfred Fournier (1)

La préparation pharmaceutique de l'injection au calomel n'est pas sans réclamer quelques soins particuliers.

D'abord, on fera choix du calomel *à la vapeur*, l'autre espèce (précipité blanc) présentant le désavantage de produire des grumeaux qui risquent d'obstruer l'aiguille.

En outre, ce calomel devra être porphyrisé, lavé soigneusement à l'acool bouillant, puis séché à l'étuve.

Comme véhicule, on a préconisé tour à tour la glycérine, l'eau gommeuse, l'huile de vaseline, l'huile d'olives stérilisée, l'huile d'amandes douces stérilisée, l'eau distillée et stérilisée (2), etc. Les huiles végétales paraissent préférées aujourd'hui.

La formule généralement usitée est la suivante :

Calomel à la vapeur.....	50 centigrammes
Huile d'olives stérilisée.....	10 grammes.

Dans cette formule, une seringue de Pravaz contient à peu près cinq centigrammes de calomel.

En vue de diminuer la douleur qui succède à la piqûre, on a conseillé de combiner

(1) Leçon professée à la Clinique de la Faculté, Hôpital Saint-Louis, revue par le professeur.

(2) Tout récemment, mon savant collègue et ami le Pr Pétrini (de Galatz) a remis à l'étude la question tant discutée des injections *aqueuses* de calomel, et il a été conduit par ses expériences à la résoudre dans un sens absolument contraire à l'opinion et à la pratique courantes.

Ainsi, pour lui, l'injection à véhicule aqueux serait non-seulement possible et pratique, mais bien préférable à l'injection usuelle à véhicule huileux. Il la pratique à la dose de 5 centigrammes en suspension dans un gramme d'eau stérilisée.

« Le calomel, dit-il, reste aussi bien en suspension dans un liquide aqueux que dans un véhicule huileux. Seulement il faut bien agiter le liquide et ne pas trop attendre pour pratiquer l'injection ».

Et il ajoute : « Les avantages de la substitution de l'eau à l'huile sont *considérables*, notamment à trois points de vue :

1° parce que l'injection aqueuse ne produit que très rarement un peu de douleur (et cela seulement chez les sujets nerveux) ;

2° parce qu'elle ne détermine généralement ni tuméfaction, ni empâtement ;

3° parce qu'elle n'expose pas aux dangers d'embolies huileuses, etc. (*Comptes rendus du Congrès international de Paris*, 1900).

à l'injection une certaine dose de cocaïne, dose que l'on accommode à la sensibilité du sujet. — L'injection dont j'ai fait longtemps usage était composée comme il suit :

Calomel à la vapeur.....	50 centigrammes
Cocaïne pure.....	10 —
Huile d'olive stérilisée.....	10 centim. cubes

Aujourd'hui, sauf indications spéciales, je supprime la cocaïne de cette formule, parce qu'elle n'exerce aucune action sur ce qui est l'accident principal des injections caloméliques, à savoir la douleur *éloignée*.

Dose. — Quelle est la dose de calomel qui peut être introduite (par voie hypodermique, bien entendu) dans l'organisme d'un sujet adulte, sans l'exposer — je ne dirai certes pas à aucun inconvénient — mais à quelque danger réel, de l'ordre de ceux que nous avons vus succéder aux injections massives ?

Vous comprenez qu'il est plus que difficile, qu'il est impossible de produire une réponse mathématique à une question de ce genre. C'est qu'en effet il en est du calomel comme de presque tout remède. Les tolérances individuelles sont essentiellement variables vis-à-vis de lui, et cela à divers égards. Ce qui, comme tolérance, sera vrai pour l'un se trouvera faux pour un autre, et ce qui sera vrai pour vingt sujets sera faux pour le vingt et unième.

Cependant, sous la réserve de ces différences individuelles, on est arrivé, au prix de milliers d'expériences, à déterminer une dose *moyenne*, c'est-à-dire une dose, d'une part, tolérée par la grande majorité des malades et, d'autre part, suffisante à la grande majorité des effets thérapeutiques à réaliser. Or, cette dose est d'environ *cinq centigrammes*. Elle gravite, passez-moi l'expression, autour de cinq centigrammes.

Entendons-nous bien cependant. Je ne dis pas que cette dose de cinq centigrammes soit toujours et pour tous les cas la dose bonne, la dose *qui convient*; je ne dis pas qu'elle sera toujours suffisante, non plus qu'elle ne sera pas quelquefois excessive. Je dis simplement ceci : qu'elle constitue généralement la dose *propice*, à savoir (je ne crains pas de me répéter) la dose qui sera tolérée par la plupart des malades, la dose qui sera suffisante à déterminer des effets actifs, la dose, enfin, qui ne risquera pas de déterminer des accidents sérieux, importants, voire irréparables.

Inutile d'ajouter que cette dose restera soumise aux indications pouvant dériver de conditions multiples et diverses, à savoir : âge, sexe, taille et poids des malades, constitution, état des forces, degré de tolérance présumée ou éprouvée, formes morbides, caractères des accidents à combattre, etc., etc.

Comme exemples :

Il y aura lieu d'abaisser cette dose à trois centigrammes, si l'on a affaire à un sujet chétif, petit, peu résistant, de poids inférieur à la moyenne, ou bien encore à un sujet nerveux, excitable, ou bien encore à une femme.

Par prudence aussi et pour « tâter le malade », comme on dit vulgairement, l'indication se présente souvent d'inaugurer le traitement par une dose faible (trois centigrammes, par exemple), quitte à l'élever ensuite, si elle est bien tolérée. C'est presque toujours par une dose de trois centigrammes que je débute, surtout chez la femme, comme *dose d'essai*.

Inversement, on est parfois autorisé par des indications urgentes à élever la dose des injections à six, sept, huit et même dix centigrammes. Il m'est arrivé maintes fois — mais sur des sujets connus et à tolérance éprouvée — de prescrire des injections de dix centigrammes sans en avoir éprouvé rien de fâcheux.

Direction du traitement. — Une série d'injections est toujours nécessaire à produire le résultat thérapeutique qu'on a en vue.

Or, à quelles échéances, à quelles distances chronologiques les unes des autres, les injections doivent-elles être pratiquées? — Généralement on les répète de semaine en semaine, et cela non pas à tout hasard, non pas par routine, mais parce qu'on a remarqué que l'effet curatif d'une dose de cinq centigrammes se trouve à peu près épuisé après une huitaine de jours.

Quatre, cinq ou, au plus, six injections répétées de la sorte de semaine en semaine, composent ce qu'on appelle une *cure calomélique*.

Mais il va sans dire encore qu'il n'est rien de fixe à cet égard. Suivant les cas, les indications, les résultats obtenus, on sera conduit soit à interrompre la cure après quatre injections, soit à la prolonger jusqu'à sept, huit, dix injections et au-delà.

Rendement thérapeutique. — Abordons maintenant la question qui nous intéresse par-dessus tout, nous autres praticiens, et qui n'est autre que celle-ci : *Que vaut la méthode des injections de calomel pratiquées de la sorte et aux doses susdites?*

Question complexe, qui comporte elle-même la discussion de plusieurs points très divers, qu'il nous faut étudier séparément.

I. Tout d'abord, que vaut la méthode en tant que *rendement thérapeutique*?

Il n'est pas suffisant de dire ce qu'on en dit le plus communément, à savoir qu'elle est « active, efficace, puissante ». Besoin est de préciser. Or, en l'espèce, la précision me paraît contenue dans la triple proposition que voici :

1° La méthode en question exerce une action curative bien marquée sur la quasi-totalité des manifestations spécifiques.

2° Il est fréquent, il est usuel même que cette action se montre particulièrement énergique et rapide.

3° Enfin, il est des cas où cette méthode réalise des effets tout à fait surprenants, extraordinaires, infiniment supérieurs à ceux qu'à moins de doses exceptionnellement intensives on obtient des méthodes usuelles.

Quelques commentaires sur chacun de ces trois points.

1° Pour le premier, toute discussion serait superflue. La méthode n'en est plus à faire ses preuves et il est démontré actuellement pour tous les observateurs, tant amis qu'ennemis du procédé en question, que les injections du calomel exercent une action répressive et curative sur presque toutes les manifestations d'ordre spécifique. Citer des faits nouveaux à l'appui de cette proposition serait peine perdue.

Il importe en revanche d'insister sur les deux autres points.

2° Très nombreux sont les cas où cette action antisyphilitique de la méthode se montre véritablement puissante, énergique, INTENSIVE, non moins que remarquablement rapide. C'est là encore un résultat qui a été maintes fois constaté, et cela de tous côtés, dans tous les pays du monde. On a vu, par exemple, le traitement par injections de calomel enrayer, réprimer et guérir avec une rapidité peu commune nombre de déterminations spécifiques, à savoir : non pas seulement des syphilides secondaires de résolution généralement facile, mais des syphilides tenaces (telles que les syphilides lichénoïdes, les syphilides palmaires et plantaires), des syphilides d'ordre tertiaire, des syphilis malignes précoces, des ulcérations gommeuses, des glossites hyperplasiques, des lésions phagédéniques, des lésions anciennes et réfractaires à d'autres traitements, etc., etc. — Nul besoin encore ici d'ajouter des observations nouvelles à tant et tant d'autres qui se trouvent déjà insérées dans nos annales.

3° Enfin, j'arrive au point le plus remarquable, à celui qui domine tout en l'espèce et que j'ai à cœur de bien mettre en lumière.

Il est positif, indéniable, qu'en certaines occasions le traitement par injections de calomel *réalise des effets curatifs tout à fait surprenants, voire quelquefois stupéfiants*, c'est-à-dire des effets qu'on ne voit pas se produire avec les méthodes usuelles, des effets qu'il serait difficile (sinon impossible peut-être) d'obtenir de ces méthodes, à moins de les élever à un diapason exceptionnellement intensif et sans doute alors dangereux.

Et, en effet, pour peu qu'on ait une certaine expérience de la méthode des injections, il est impossible de n'avoir pas été frappé de temps à autre de l'influence *extraordinaire* (extraordinaire, notez bien le mot) qu'exerce parfois ce mode de traitement sur certaines déterminations spécifiques. Positivement, c'est quelquefois *à n'y pas croire*, ainsi qu'en témoignent d'ailleurs les hyperboles admiratives de certains observateurs parlant des « guérisons merveilleuses, magiques, miraculeuses » qu'ils ont obtenues du calomel. Vous trouverez nombre de faits de cet ordre dans les monographies et les recueils périodiques. Mais je crois préférable et suffisant, pour fixer vos convictions à ce sujet, de vous rappeler certains cas que vous avez pu observer ici-même, soit dans nos salles, soit au service de la policlinique, à savoir, comme exemples :

1° Un cas de *chancre phagédénique de la langue*, guéri en quelques semaines par les injections de calomel. Ce chancre était véritablement énorme (6 à 7 centimètres d'arrière en avant, sur 4 centimètres environ de hauteur) et il avait une physionomie telle qu'il avait trompé tout le monde. Les uns le considéraient comme une lésion tertiaire envahie par le phagédénisme, d'autres même en faisaient un épithéliome « de la pire espèce », etc. Ce fut un coup de théâtre. Modification immédiate de la lésion, amélioration stupéfiante en quelques jours, puis guérison des plus rapides:

2° Trois cas de *syphilis maligne précoce*, où vraiment le calomel a agi d'une façon exceptionnellement heureuse comme intensité et rapidité de résultats;

3° Trois cas de *syphilides tuberculeuses* du visage, modifiées dès la première injection et guéries entre la seconde et la troisième;

4° Un cas d'horrible *phagédénisme nasal* par hérédo-syphilis. Longtemps cette lésion était restée méconnue comme nature, en raison de ce préjugé tenace qui n'admet pas de manifestations héréditaires dans l'âge adulte. Soupçonnée spécifique plus tard, mais bien tard, elle avait été soumise à divers traitements spécifiques qui, sans doute trop timides, ne l'avaient pas influencée sensiblement. Traitée par les injections de calomel, elle guérit en quelques semaines;

5° Plusieurs cas de *glossite tertiaire*, dans lesquels nous avons obtenu des résultats qu'à coup sûr nous aurions longtemps, si ce n'est vainement, attendus soit des pilules, soit de l'iodure, soit des frictions. — L'un d'eux mérite une mention spéciale. Il est relatif à une glossite hyperplasique, scléro-gommeuse, qui avait pour le moins doublé la langue de volume dans toute sa moitié gauche, où, de plus, s'étalait une ulcération profonde, irrégulière, anfractueuse, dure et du plus mauvais aspect. L'ensemble de ses caractères objectifs était de telle nature qu'un de nos collègues, chirurgien de cet hôpital, l'avait potivement diagnostiquée « épithéliome », et j'avoue que nous avions tous tendance à partager cet avis. Or, à la stupéfaction générale, ce prétendu épithéliome fut très rapidement amendé, amélioré et guéri par une série d'injections de calomel;

6° Enfin, vous n'avez pas très certainement perdu le souvenir d'une *laryngite gommeuse* qui, pendant quelques jours, nous a causé de vives alarmes. Développée au cours d'une syphilis maligne précoce ultra-féconde en manifestations de divers genres, cette laryngopathie avait déterminé une dyspnée continue, puis de tels accès intermittents de suffocation qu'une trachéotomie semblait de nécessité imminente. Eh bien, *une*

seule injection de calomel (aidée, il est vrai, de l'iodure) suffit à dissiper en quelques jours ces troubles fonctionnels si graves, à rétablir la respiration, voire à restaurer la voix [1]. Ce fut là, positivement, une guérison miraculeuse.

Enfin, j'ajouterai qu'on n'aurait que l'embarras du choix pour citer des cas où les injections de calomel ont fait ce que n'avaient pas fait d'autres traitements, c'est-à-dire déterminé des résultats thérapeutiques, des guérisons, que diverses médications avaient été impuissantes à accomplir. En autres termes, le calomel réussit souvent là où d'autres remèdes ont absolument échoué.

Voilà, Messieurs, ce que très exactement, à mon sens, est capable de réaliser la méthode des injections de calomel; voilà quel est ce qu'on peut appeler son rendement thérapeutique.

C'est donc là, au total, une méthode très puissante, très énergique, susceptible de rendre les plus utiles et parfois les plus éclatants services.

Vous voyez que je ne lui marchande pas les éloges et même qu'au point de vue de son action thérapeutique je me range au nombre de ses plus fervents admirateurs. Cela, j'ai besoin de vous le faire remarquer pour que tout à l'heure, quand il me faudra retourner la médaille pour vous en montrer le revers, vous ne m'accusiez pas, comme d'autres l'ont fait, d'être au nombre de ses ennemis, de ses opposants, voire de ses « détracteurs ».

En l'espèce il était un danger d'appréciation auquel tout le monde n'a pas échappé. Ce danger, c'était de se laisser éblouir, aveugler par les effets thérapeutiques inattendus et quelquefois éclatants que réalise le calomel et de juger la méthode *d'après ces seuls résultats*. Or, séduits par ce mirage, quelques-uns de nos confrères se sont — passez-moi l'expression triviale, à la mode du jour — littéralement emballés sur le compte du

1. Ce cas, éminemment curieux, a été relaté par mon ancien interne le Dr Mendel. (*V. Annales de derm. et de syphilis*, 1895, p. 208.)

J'ai observé en ville, avec mon ami le Dr Dubrisay, un cas absolument identique et très curieux à divers égards. En voici le sommaire.

Homme âgé de 59 ans. — Syphilis remontant à 1864. Chancre, puis quelques accidents secondaires très légers. — Traitement au cours des deux premières années de la maladie.

Trente-trois ans se passent sans accidents.

En 97, invasion d'une *syphilis tuberculeuse* disséminée qui, méconnue, n'est pas traitée. — Peu après, *accidents laryngés*. On reconnaît au laryngoscope (en 98) l'existence d'une tumeur volumineuse occupant tout l'espace compris entre les cordes supérieure et inférieure du côté droit, tumeur qui est diagnostiquée *cancéreuse*.

Bientôt, phénomènes d'obstruction laryngée. — Dyspnée croissante. — Puis, orthopnée; accès de suffocation. — On se tient prêt à pratiquer une trachéotomie.

Le 19 août, à la suite d'une consultation où j'affirme la spécificité des lésions cutanées, on se décide à pratiquer une injection de calomel à cinq centigr., et à administrer l'iodure de potassium. — Dès le lendemain, soulagement des phénomènes dyspnéiques. — Les jours suivants, sédation progressive de tous les symptômes laryngés. — Guérison rapide. — Simultanément, atténuation des syphilides; disparition complète après trois semaines de traitement.

Nul autre phénomène spécifique jusqu'à ce jour, c'est-à-dire depuis trois ans et demi.

Deux particularités à noter comme complément à cette curieuse observation :

1° L'injection de calomel fut suivie immédiatement d'une *hydrargyrie* intense, de modalité *scarlatiniforme*, qui dura une quinzaine — Et cependant le malade avait très bien supporté autrefois le mercure à maintes reprises, comme il le supporta du reste depuis lors (sous forme de pilules de Dupuytren ou de frictions) sans le moindre accident.

2° Cette injection de calomel fut *prodigieusement douloureuse*, et cela pour une durée de plusieurs jours. A ce point que le malade m'a plusieurs fois répété le propos suivant : « Je sais que cette injection m'a sauvé; mais je ne sais vraiment pas si, me retrouvant dans les mêmes conditions, je consentirais à me soumettre au supplice d'une seconde ».

calomel employé soit d'après le système de Scarenzio, soit à doses plus sages, et ont prôné, exalté, porté aux nues la méthode nouvelle dans des termes apologétiques dépassant toute mesure. Ils n'ont pas craint par exemple de la proclamer d'une façon générale « absolument supérieure à toute autre », et d'en faire « la méthode par excellence de traitement de la syphilis ». Ecoutez-les au surplus :

« Cette méthode se place *au-dessus de toutes les autres* au point de vue de la sécurité et de la précision... » — « C'est une méthode beaucoup plus énergique que les frictions. » — « Quarante centigrammes de calomel suffisent au traitement d'une syphilis moyenne (!) » — « Quatre injections suffisent à remplacer tout l'arsenal des pilules, frictions, liqueurs, suffisent à guérir les accidents en évolution et à prévenir toute récidive (!) » — « Il suffit de deux injections pour amener une guérison souvent complète et définitive (!!!). » — Deux à quatre injections suffisent pour venir à bout des manifestations les plus graves de la syphilis. » — « C'est là le traitement le moins incommode et le plus sûr ; c'est là le traitement qui assure la *guérison définitive*. Après un traitement de cet ordre, il ne reste plus à craindre que quelques *escarmouches* de la syphilis, dont l'iodure viendra facilement à bout. » (!) — Et que dis-je? Un de nos confrères n'a-t-il pas doté cette méthode de vertus « *abortives* » et « *jugulantes* » ? C'est un comble. Ainsi, il suffirait de quelques injections de calomel pour tuer en germe la syphilis, c'est-à-dire pour l'anéantir à la fois dans le présent et l'avenir !

Eh bien, malheureusement non, le calomel n'est pas l'ange exterminateur de la vérole. Il se borne — et c'est beaucoup — à être ce que personne ne lui conteste, à savoir un remède puissant, voire particulièrement énergique, merveilleusement énergique parfois contre certaines manifestations, contre certaines formes de la vérole. Mais c'est tout. Et, d'autre part, s'il mérite à de nombreux égards les éloges dont je le comblais il n'y a qu'un instant, il n'en comporte pas moins des défaillances, des échecs, des inconvénients, voire des dangers, tous points sur lesquels j'ai devoir d'appeler votre attention actuellement.

I. Ai-je besoin de dire d'abord qu'à l'instar de *toutes* les méthodes thérapeutiques, la méthode des injections caloméliques a, elle aussi, ses défaillances et ses cas réfractaires? Certes, voilà un reproche qu'on ne songerait guère à lui adresser, si d'imprudents amis ne l'avaient exaltée plus que de raison. Mais, puisqu'on l'a donnée comme infaillible, force m'est bien de rétablir la note juste et de reconnaître, au nom de la clinique, qu'il est des cas où elle ne réussit qu'à moitié, médiocrement, d'autres où elle se montre inférieure aux méthodes par ingestion ou par frictions et certains même où elle échoue. C'est là ce dont ont témoigné déjà de nombreux observateurs, tels que Diday, Besnier, Neumann, Finger, Gaucher, etc. C'est là aussi, pour ma part, ce que j'ai maintes fois observé. Vous-même, d'ailleurs, n'en avez-vous pas eu la preuve ici plus d'une fois? Rappelez-vous les quelques cas suivants.

D'abord, un cas de syphilis maligne précoce qui n'a été que bien faiblement influencé par ce traitement, au point que nous avons été forcés de recourir à une autre médication.

Puis, un cas de syphilide tuberculeuse périlabiale qui, après avoir été à l'origine heureusement modifiée par les injections caloméliques, a repullulé en dépit d'elles et, somme toute, a résisté à onze injections de cinq centigrammes.

Puis, un cas de phagédénisme guttural où le calomel a échoué absolument, à l'instar du reste de tous les traitements qui l'avaient précédé.

Puis, un cas de syphilides tuberculeuses sèches à récidives incessantes, que n'ont pu enrayer jusqu'ici *quarante* injections de calomel (à 5 centigrammes).

Puis, un cas de syphilis maligne précoce, rebelle à tout jusqu'à ce jour, et rebelle notamment à 180 injections de benzoate et 120 (je dis *cent vingt*!) injections de calomel

(de cinq à sept ou huit centigrammes). — Notez ces chiffres qui ne sont que trop éloquents.

Et de même pour tant d'autres cas de même genre qu'il serait superflu de citer.

Un très estimable, très savant, mais enthousiaste confrère a dit imprudemment que, grâce aux injections de calomel, « les céphalées, les amnésies, les vertiges, les ictus, les aphasies, les bredouillements, les fourmillements des membres, tous phénomènes précurseurs de catastrophes définitives, étaient des symptômes dont nous savions actuellement *nous rendre maîtres*. » A ma grande confusion, j'avoue ne pas en être là — tant s'en faut, hélas! — avec la syphilis cérébrale et, n'avoir pas encore le secret de « m'en rendre maître », même avec des injections de calomel.

Donc, le calomel, vous le voyez de reste, est loin d'être « tout-puissant ».

II. — En second lieu, à l'instar de *tout* traitement, la méthode des injections caloméliques comporte la possibilité de *récidives*.

Sur ce point encore ses partisans ont eu le tort de la compromettre, en disant qu'elle « ne permettait que rarement aux récidives de se produire », voire qu'elle « excluait les récidives ». C'était *puéril*, car est-il un traitement qui soit capable d'étouffer, d'éteindre à tout jamais la syphilis?

Aussi bien l'expérience est-elle venue infliger un démenti à ces prétentions imprudentes. On a vu, tout le monde a vu des accidents syphilitiques rentrer en scène à la suite de guérisons et même de guérisons remarquables, sensationnelles, dues au calomel. Ici encore je vais faire appel à vos souvenirs.

Je vous parlais à l'instant d'un de nos malades qui, grâce au calomel, avait été guéri, comme par miracle, d'un énorme chancre phagédénique de la langue. Or, depuis lors, qu'est-il arrivé à ce malade? C'est que, quinze jours après nous avoir quittés en excellent état, il est rentré dans nos salles pour des syphilides ulcéreuses de la langue, syphilides importantes, creuses, profondes, beaucoup plus profondes que ne le sont en général les lésions linguales secondaires. Derechef nous avons mis en œuvre le calomel; de rechef, succès rapide, presque étonnant. — Et après? Trois semaines après cette guérison, nouvelle réapparition de syphilides linguales tout aussi sérieuses et de divers autres accidents d'égale malignité.

Second cas. — Un homme entre dans le service de la clinique pour des syphilides tuberculeuses périlabiales déjà anciennes et ayant résisté à plusieurs traitements institués en ville. Nous le traitons par le calomel. Disparition des accidents en moins d'une quinzaine. — Quinze jours après cette belle guérison, récidive *in situ* des mêmes lésions. Nouveau traitement par le calomel. Cette fois, action moindre du remède. Les lésions s'atténuent, mais sans disparaître. Puis survient même une exacerbation nouvelle, en dépit des injections et de l'iodure. Alors, découragé sans doute, le malade nous quitte non guéri.

Troisième cas. — Une malade que nous étions parvenus, non sans peine, à délivrer d'une syphilide papulo-squameuse confluente et tenace a été prise d'une choroïdite grave immédiatement après avoir subi *quinze* injections.

Et ainsi de suite.

Mais il y a plus. C'est que parfois on a vu des accidents nouveaux se produire *au cours même d'un traitement par les injections caloméliques*. Exemples :

En plein cours de traitement par ces injections pour une iritis droite, un de nos malades a été pris d'une iritis gauche de forme grave.

Un jeune homme entre dans nos salles pour une syphilide papulo-lichénoïde des plus confluentes. Il est soumis aux injections de calomel. L'éruption s'atténue assez

lentement et commence à disparaître, lorsque, trois jours après la septième injection, se produit une iritis de forme gommeuse.

Une malade de la policlinique est mise au traitement par injections de calomel pour divers accidents secondaires. A la suite de la cinquième injection, elle est affectée presque soudainement d'une paralysie du moteur oculaire commun.

Et de même pour tant d'autres cas.

Peut-être bien ces récidives ou, disons mieux, ces explosions morbides nouvelles se produisant à la suite d'un traitement par les injections de calomel ou même en plein cours de traitement ont-elles été plus remarquées que de raison par cela même qu'on les avait niées, ou bien encore parce qu'elles font contraste avec la répression violente qu'exerce souvent le calomel sur les manifestations syphilitiques. Je ne saurais le dire. Toujours est-il qu'elles ne laissent pas de s'imposer assez souvent à l'observation. Pour ma part, j'ai été assez vivement frappé de leur fréquence pour qu'il m'en soit resté une impression que je dois traduire ici, à savoir : que, *s'il exerce une action puissante et parfois des plus énergiques sur les accidents de la syphilis, le calomel n'exerce pas sur la syphilis même une influence bien persistante.* En langage familier, on pourrait dire qu'il *blanchit* à merveille, mais qu'il *laisse revenir.* — J'ajouterai cependant que ce n'est là pour moi qu'une impression, que je n'ai pas encore vérifiée par la statistique; je ne la donne conséquemment que sous réserves.

Inutile, au surplus, d'insister davantage sur ce point pour la question que nous avons en vue. Que le calomel, en effet, comporte des inconvénients de récidives ou de revers, cela, pour diminuer son mérite, ne constitue pas vis-à-vis de lui de contre-indication pratique.

III. — En revanche, voici qui est plus sérieux au point de vue qui nous intéresse spécialement, nous médecins.

Le traitement par les injections de calomel comporte-t-il des désagréments, des inconvénients, voire des dangers, qui soient de nature à lui servir de contre-indications?

Je ne vous apprendrai rien en vous disant que les opinions les plus divergentes, les plus contradictoires, ont été émises sur ce point et qu'aujourd'hui même l'accord est bien loin d'être fait à cet égard entre les praticiens.

A ne parler que des partis extrêmes, entre lesquels se rangent tous les intermédiaires imaginables, il est certains de nos confrères pour lesquels tout serait *au mieux* dans le système des injections caloméliques, lesquelles ne comporteraient que des désagréments tout à fait secondaires et absolument négligeables. Le système en question serait donc parfait et ne souffrirait que des contre-indications exceptionnelles. Ecoutez, par exemple, notre confrère M. Jullien. Il vous dira qu'avec les injections de calomel la douleur est « tolérable », et qu'en douze années de pratique « il n'a rencontré que deux malades chez lesquels la douleur et le gonflement de la région injectée atteignirent un degré difficilement supportable », tandis que, comme règle, les malades injectés « peuvent continuer leur existence active de travail et de plaisir ». Il ajoutera qu'avec ces injections la stomatite « est infiniment rare »; qu'il n'est pas à tenir compte de l'éventualité d'abcès; — que les accidents d'intoxication résultent toujours d'erreurs, de négligences, d'inexpériences; — que, d'ailleurs, on a, pour les combattre, « les injections de pilocarpine, le cathétérisme du canal de Sténon, l'incision du foyer et le grattage du centre calomélique », etc.

Inversement, nombre de médecins se tiennent en méfiance contre la méthode des injections, et certains même vont jusqu'à la rejeter, la condamner absolument. Ils se la

représentent comme surchargée d'ennuis, de désagréments, d'accidents, voire de dangers, et ils ne manquent pas de citer à l'appui de leur opinion des faits empruntés à leur pratique. Tel a vu les injections de calomel déterminer chez ses malades des « douleurs abominables », douleurs les rendant infirmes et boiteux pour plusieurs jours Tel autre raconte qu'une de ces injections a déterminé sur l'un de ses clients une tuméfaction telle de la fesse qu'il en a été épouvanté, qu'il a cru à « l'imminence d'un phlegmon » et s'est bien promis « de ne plus recommencer ». Tel autre a observé, comme conséquence de ces mêmes injections, des « stomatites graves ». Et ainsi de suite. Et tous s'accordent sur cette conclusion : que la méthode peut être parfois excellente comme résultats, mais qu'elle *n'est pas pratique*, parce qu'elle expose trop malades et médecins. « On n'a qu'ennuis, désagréments et appréhensions avec elle... C'est une méthode à mettre en fuite les malades et à désemparer une clientèle.... D'ailleurs, écoutez les malades, qui ont bien le droit d'avoir voix au chapitre ; ils acceptent le système pour une fois, quand ils ne le connaissent pas ; mais combien y en a-t-il qui, après en avoir goûté, n'en veulent plus, et pour cause ! — Dernièrement, dans une consultation entre quatre médecins pour un malade très gravement affecté, un de mes collègues et amis me dit ceci textuellement : « Tout ce que tu voudras comme traitement, je l'accepte, à l'exception toutefois des *abominables* injections de calomel que tu vas sans doute nous proposer. Car celles-là, j'en ai taté comme tout le monde, et l'on ne m'y reprendra plus. » De même, un de nos plus distingués confrères, le Dr Ehlers, qui s'est dévoué à étudier sur lui-même (et sans en avoir besoin personnellement, je me hâte de l'ajouter) les effets de diverses injections mercurielles, solubles ou insolubles, a écrit ceci à propos de ces dernières : « J'affirme qu'il suffit d'avoir subi une fois une injection de sels insolubles, le calomel par exemple, pour être dégoûté à tout jamais de s'en servir pour ses malades. *La douleur est atroce.* »

Entre toutes ces opinions divergentes, où se trouve la vérité ?

La vérité, je vais faire effort pour la dégager, en interrogeant à ce propos de nombreux documents cliniques, que j'emprunterai soit à divers travaux récents, soit à une enquête personnelle que je poursuis depuis longtemps tant dans la clientèle de ville (avec le concours de mon distingué confrère et ami le Dr P. Portalier) que dans mon service d'hôpital, soit enfin à un mémoire encore inédit du Dr Edmond Fournier, mon chef de clinique.

Limitons et précisons bien la question que nous allons mettre à l'étude.

Que fait, prise comme type, une injection de 5 centigrammes de calomel, en tant qu'effets physiologiques (les effets curatifs étant, pour l'instant, laissés hors de cause) ? Et surtout, qu'a-t-on à en redouter comme désagréments, accidents, ou même dangers ?

Multiples et variés sont les effets physiologiques qui peuvent dériver d'une telle injection. Il n'est pas impossible cependant, pour la facilité de l'analyse, de les répartir en cinq groupes de la façon suivante :

Accidents douloureux ; — *accidents de réaction locale : — effets ptyaliques ; — accidents intestinaux* ; *phénomènes d'intoxication générale.*

Ces divers accidents, bien entendu, ne sont pas tous également communs, non plus que d'importance égale. — Déblayons donc le terrain, en parlant d'abord de ceux qui n'ont qu'un intérêt de second ordre, pour concentrer finalement la discussion sur ceux qui tiennent en l'espèce le premier rang au point de vue du problème pratique que nous poursuivons.

I. *Accidents de stomatite.* — Une injection de 5 centigrammes de calomel est-elle susceptible de développer des accidents de stomatite?

Oui, certes. Et comment ne le serait-elle pas, alors qu'elle introduit soudainement dans l'organisme une dose importante de mercure, dose notablement supérieure à celle qu'on prescrit usuellement par les méthodes d'usage courant?

Mais entendons-nous bien sur ce mot élastique de *stomatite* qui, par cela même qu'il s'applique à toutes les inflammations de la bouche, ne spécifie rien comme degré. Il y a stomatite et stomatite, et c'est sur le caractère, sur la qualité, sur l'intensité de cette stomatite qu'il importe de s'expliquer ici.

Or, une dose de 5 centigrammes de calomel a-t-elle jamais produit quoi que ce soit de semblable à ces stomatites suraiguës, surintenses, générales, phlegmoneuses, gangréneuses, que nous avons vues résulter des injections massives? Non, certainement non. Il y a un abime entre ce qu'elle peut déterminer comme inflammation buccale et les stomatites effroyables de la méthode massive.

Ce qui peut dériver, seulement et exclusivement, d'une telle injection, c'est tel ou tel des deux types suivants :

Soit une gingivite partielle et légère, à savoir, pour préciser, une gingivite localisée à la base de quelques dents et simplement fluxionnaire;

Soit une gingivite d'intensité tout au plus moyenne, avec boursouflure, exulcération ou ulcération superficielle du bourrelet gingival, et salivation peu abondante.

Il est tout à fait rare que les choses aillent plus loin, c'est-à-dire qu'on ait affaire à une stomatite vraie, généralisée, intense, à salivation importante. Le Dr Verchère, néanmoins, dans sa très consciencieuse étude sur 67 cas d'injections faites à des malades de Saint-Lazare, a relaté le cas d'une stomatite qu'il qualifie de « grave », et qui occupait toute la bouche (gencives, langue et joues). Mais ce n'est là, à coup sûr, qu'une exception en l'espèce, relevant vraisemblablement d'une idiosyncrasie.

(Soit dit au passage, l'échéance d'invasion de ces irritations buccales au cours du traitement par les injections de calomel n'a rien de fixe. Quelquefois la stomatite succède à la première injection; d'autres fois elle n'apparaît qu'à la suite d'une série d'injections. Exemple : sur la malade de Verchère, elle ne se manifesta que deux jours après la troisième piqûre.)

Enfin, dans quelles conditions et avec quel degré de fréquence s'observent ces accidents buccaux?

Trois points à signaler ici :

1° Ces accidents reconnaissent une prédisposition toute naturelle et formellement accentuée dans un mauvais état antérieur de la bouche (gingivite habituelle et chronique, déchaussement des dents, incrustation des dents par le tartre, caries dentaires, chicots, irritation de la bouche par le tabac, etc.). — Cela, du reste, est un fait commun à tous les procédés d'administration du mercure.

2° Ils sont notablement *plus communs chez la femme* que chez l'homme, bien que la femme ait généralement la bouche plus soignée que l'homme, par conséquent bien qu'elle présente à un moindre degré les causes prédisposantes que je signalais à l'instant.

Ainsi je trouve dans ma statistique 26 cas d'accidents buccaux chez la femme et seulement 6 chez l'homme. La disproportion est flagrante, voire considérable. Il faut donc que, pour telle ou telle condition (condition de poids, de taille, de constitution, de tempérament, que sais-je?), la femme soit plus sensible que l'homme à l'action ptyalique du calomel.

Aussi bien une dose de 5 centigrammes, comme dose courante, me semble-t-elle un peu forte pour la femme. Il y aurait indication, je crois, à s'en tenir pour elle, au

moins dans les cas qui n'exigent pas une intensité thérapeutique particulière, aux doses de 4 et peut-être même 3 centigrammes.

3° Ces mêmes accidents buccaux sont bien plus communs et plus intenses à l'hôpital que dans la clientèle de la ville.

A l'hôpital, nous avons eu à les noter 10 fois sur 72 malades (proportion : près de 14 pour 100), et cela avec une intensité moyenne pour 6 cas.

En ville, nous ne les avons observés que 5 fois sur 65 malades (proportion : 7,69 0/0), et toujours sous une forme bénigne. « Chez les individus à bouche saine, dit le Dr Portalier, qui a très soigneusemennt observé et relaté ces phénomènes (1), je n'ai pas même observé de salivation. Je n'ai pas davantage observé de stomatite sérieuse chez ceux dont la bouche était préalablement en état de gingivite chronique... Les cas de gingivite chronique ont été plutôt entretenus qu'aggravés par les injections. Cinq fois seulement il est survenu pendant deux ou trois jours un peu de salivation. »

Quel contraste ! Contraste tenant très certainement à la différence qui existe, au point de vue de l'état de la bouche et de l'hygiène dentaire, entre les clients de ville et les malades d'hôpital.

Ces diverses remarques ne doivent pas rester lettre morte pour nous. Elles comportent au contraire, pour la pratique, divers enseignements que voici :

I. C'est d'abord que la méthode des injections au calomel exige, comme tout autre procédé de mercurialisation et plus que tout autre, l'intégrité de la bouche. — Conséquemment, c'est une méthode qui ne convient pas à tout le monde et qu'il ne faut pas prescrire indifféremment. Elle peut être dangereuse pour les bouches en mauvais état, tandis qu'elle est généralement bien tolérée par les bouches à gencives saines et à dentition irréprochable. De là ce précepte : s'abstenir rigoureusement d'injections au calomel sur tout sujet à gencives malades, irritées, enflammées ou inflammables, *a fortiori* boursouflées ou fongueuses, en un mot pathologiques à un degré quelconque.

II. C'est, en second lieu, que cette méthode exige, comme toute autre, voire plus que toute autre, une surveillance assidue de la bouche et une hygiène buccale absolue (brossage des dents non pas seulement matin et soir, mais après chaque repas ; — emploi de poudres et d'eau dentifrices ; — bains de bouche au chlorate de potasse, prolongés et répétés ; — quelquefois même badigeonnage des gencives avec un collutoire borate ; — de temps à autre, attouchements légers à la teinture d'iode, etc.).

III. C'est enfin — et voilà le point essentiel à relever pour nous — que, dans ces conditions d'intégrité et d'asepsie buccale, la méthode des injections à 5 centigrammes peut-être dite de *tolérance habituelle*.

La fréquence et la qualité (passez-moi le mot) des accidents buccaux auxquels elle expose ne sont donc pas de nature à la rendre bien redoutable, tant s'en faut. Et, somme toute, c'est, à ce titre, une pratique que, sur indication légitime, nous sommes autorisés à mettre en œuvre.

II. *Accidents gastro-intestinaux*. — Les accidents de ce second groupe sont tout à fait rares. Je ne les ai observés qu'une douzaine de fois sur 147 malades.

Ils n'ont jamais été que peu importants.

Ils ont consisté en ceci : *coliques* sourdes, généralement peu vives, mais répétées ; — et *diarrhée*, peu abondante, tout au plus moyenne, ne présentant rien de particulier comme caractères de matières évacuées, et ne dépassant pas une durée de quelques jours. Une seule fois, et cela malheureusement sur une malade très gravement

1. *Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections de calomel*, Paris 1896.

affectée, la diarrhée se montra abondante et persista huit jours. C'est dans ce cas qu'à l'autopsie nous avons rencontré cette *typhlo-colite purpurine* dont je vous ai parlé précédemment.

Exceptionnellement, cette diarrhée calomélique peut être légèrement teintée de sang, ce qui rappelle (de très loin, à la vérité) l'entérite dysentériforme que l'on a quelquefois observée comme résultat d'une intoxication plus sérieuse. Exemple : une malade du Dr Barthélemy a été affectée d'une diarrhée avec selles sanglantes qui dura plusieurs jours et ne céda qu'à l'action combinée du régime du lait, du laudanum et du bismuth.

III. *Accidents généraux.* — Peu connus, voire à peine remarqués jusqu'ici, bien qu'assez communs surtout dans l'une de leurs formes *fébricule calomélique.*

Ils consistent en ceci :

1° Quelquefois, sorte d'alanguissement, de courbature, d'*affaiblissement* général. Les malades se disent « toujours las, fatigués, à bout de forces, et comme fourbus ».

2° D'autres fois, ensemble assez analogue à celui d'un embarras gastrique, entrecoupé d'accès fébriles, à savoir : diminution d'appétit, état légèrement saburral de la langue, digestions lourdes, malaise général, insomnie, et, de temps à autre, état fébrile avec exaspérations nocturnes.

3° Bien plus souvent, *fébricule* se caractérisant par un état de malaise aigu avec accélération du pouls et élévation de la température. Cette fébricule se produit soit isolément, c'est-à-dire sans autres symptômes, soit plus habituellement en compagnie de phénomènes douloureux que je décrirai dans un instant.

Comme son nom le dit, c'est une petite fièvre, où le pouls ne s'élève en général qu'entre 90 et 100, avec température ne dépassant guère 38° à 38°5. — Elle survient presque toujours la nuit pour s'apaiser le matin. — Elle n'a jamais qu'une courte durée (deux à trois ou, plus rarement, quatre jours).

Il est des malades qui, régulièrement, éprouvent un mouvement fébrile de ce genre à la suite de chaque piqûre. Ce qui démontre bien la relation de cette fièvre avec l'intoxication calomélique.

Je le répète, c'est là un symptôme assez *fréquent*. Pour avoir été peu remarqué jusqu'à nos jours, cette fièvre de calomel ne s'en trouve pas moins signalée dans un grand nombre d'observations. Pour ma part, j'ai bien souvent entendu mes malades se plaindre que leurs injections leur « donnaient la fièvre ». M. le Dr Portalier, à qui nous devons la première statistique instituée sur ce point, a observé ceci sur 400 injections : « Six fois (c'est-à-dire 1,5 0/0 une forte fièvre, avec phénomènes d'embarras gastrique; — et 102 fois (c'est-à-dire 25,5 0/0) un léger mouvement fébrile avec un peu de malaise, de courbature, de fatigue générale et d'insomnie, cela pour deux ou trois jours et autant de nuits à partir du lendemain de l'injection. »

(*A suivre*)

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 Avril 1902

Présidence de M. Sevestre

M. Catillon constate que chez les diabétiques fortement atteints, plusieurs auteurs ont noté des états hypothermiques marqués. Bouchardat admet que la cause de ces états doit être cherchée dans l'insuffisance du mécanisme respiratoire, et dans une diminution de l'eau et de l'acide carbonique expirés, phénomène des plus constants, pour cet auteur.

Pettenkofer et Voit, étudiant les chiffres des échanges respiratoires sur des diabétiques placés pendant 24 heures dans une chambre en tôle où ils pouvaient respirer librement, ont trouvé ces échanges en état de diminution manifeste. Le Dr A. Gautier enfin constate que les diabétiques inspirent moins d'oxygène et expirent moins d'acide carbonique que les individus sains.

Comment expliquer que ces auteurs soient en complet désaccord avec les résultats d'A. Robin et Binet? Cela tient sans doute à ce que ces derniers ont eu affaire à des diabétiques légèrement atteints.

M. Bardet, à propos du *traitement de la diarrhée chronique*, rappelle qu'il ne faut jamais oublier, dans les recherches de ce genre, d'étudier la réaction des selles; ces dernières, dans les crises de diarrhée que présentent parfois les hyperchlorhydriques, sont acides au tournesol. Comme la muqueuse intestinale ne fonctionne qu'en milieu alcalin, le liquide hyperacide qui lui arrive de l'estomac l'irrite et elle réagit par des contractions énergiques qui provoquent de la diarrhée.

Chez les hypopeptiques, le même résultat s'observe par suite des fermentations anormales. Ces malades présentent parfois des quantités d'acide lactique ou des lactates si considérables, que le bol alimentaire sortant de l'estomac irrite l'intestin de la même façon que chez l'hyperchlorhydrique. Le succès de l'acide chlorhydrique s'explique alors facilement.

Les résultats favorables obtenus par Joulie dans l'hyperacidité urinaire, qu'il abaisse en administrant de l'acide phosphorique, ont tous pour cause des troubles dyspeptiques, que l'acide phosphorique combat. En tous cas, l'acide phosphorique favorise bien mieux la peptonisation que l'acide chlorhydrique ou le mélange de Coutaret.

Si l'on veut avoir des résultats thérapeutiques satisfaisants, il faut toujours observer une grande discrétion dans l'emploi des acides et les mélanger aux repas pour les faire supporter plus facilement.

M. Gallois voudrait qu'on puisse arriver à distinguer cliniquement *les diarrhées des hypopeptiques des diarrhées des hyperpeptiques*. Les premières peuvent se montrer dans deux conditions : suivant que l'hypopepsie représente toute la maladie ou n'est que secondaire à une autre affection, le cancer de l'estomac ou la tuberculose pulmonaire, par exemple. Dans ce dernier cas, l'hypopepsie est la règle dans les périodes ultimes et on a trop facilement la tendance d'attribuer les diarrhées dont souffrent alors les malades à une entérite tuberculeuse : la preuve que ces diarrhées sont souvent d'origine gastropathique, se trouve dans le fait qu'on les enraie par le traitement képhirique.

Chez l'hypopeptique, l'estomac en quelque sorte inactif se décharge de son rôle digestif sur l'intestin ; il se vide trop rapidement. Pendant un temps plus ou moins long, la digestion intestinale peut suppléer à la digestion gastrique insuffisante et le malade n'éprouve aucun dommage apparent. Mais, de même que le cardiaque à la période de compensation, il reste sous la menace constante de la rupture de cette compensation, dans ce cas, la diarrhée s'installe et l'alimentation du malade se trouve compromise. Peut-être à ce moment se produit-il une lésion intestinale : on n'est pas fixé aujourd'hui sur ce point.

Ces malades n'ont souvent, au début de leur hypopepsie, aucun trouble de la digestion : leur estomac ne se ballonne pas, il n'y a ni stase ni clapotage, et ils se vantent de digérer des cailloux.

Qand il se produit chez eux, pour une cause occasionnelle supplémentaire par exemple, une crise de diarrhée, la lientérie se manifestera : les aliments passent comme une lettre à la poste, comme disent ces malades. Si le képhir lui-même n'est pas toléré, les selles seront acides au tournesol, car l'acide lactique du képhir n'a pas eu le temps d'être neutralisé par les sécrétions intestinales.

La soudaineté du besoin d'aller à la selle, constitue un des caractères de la diarrhée des hypopeptiques. Souvent cette diarrhée est presque indolore et ne cause pas de coliques.

Soumis à ces déperditions, que l'on peut combattre par un traitement approprié, mais guérir difficilement, les malades s'affaiblissent, perdent leur appétit.

M. Soupault se montre trop optimiste pour cet état; c'est sans doute parce qu'il parvient à faire accepter de ces malades des doses d'acide chlorhydrique au sujet desquelles la plupart des patients éprouvent une grande répugnance. Ces doses ont probablement une efficacité que les autres moyens thérapeutiques ne présentent pas. M. Gallois utilisait jusqu'ici le képhir et ensuite nne alimentation ordinaire, mais assez sévèrement réglée. Pour passer du régime képhirique au régime ordinaire, l'orateur prescrivait autrefois du *képhir à l'eau* (grains de képhir placés dans une solution d'eau sucrée : 6 grains pour un litre d'eau). Aujourd'hui, il préfère la *gastérine* de Frémont.

Chez les cancéreux diarrhéiques, on se trouvera bien de l'emploi du *chlorure de calcium*, en solution aqueuse, à la dose de 2 à 4 grammes. On le prescrira aussi avec succès dans la gastrite hypopeptique lorsque les périodes de diarrhée sont terminées. On donnera une cuillerée à café de la solution à 4 0/0, dans chaque verre de boisson.

M. Soupault ne croit pas que l'on puisse distinguer aisément, par l'étude des caractères cliniques la diarrhée des hypopeptiques de celle qu'on observe chez d'autres malades. L'apparition des selles après le repas est un phénomène que l'orateur vient de noter sur un malade manifestement hyperchlorhydrique.

Pour le pronostic, il est bénin, et il suffit d'enrayer la diarrhée pour ramener les malades à la santé.

M. Bardet croit que l'acidité des selles chez l'hyperchlorhydrique est une cause de diarrhée : l'orateur ne contredit pas le fait, mais le croit exceptionnel et constate que les hyperchlorhydriques et gastrosuccorrhéiques sont toujours constipés. On peut faire disparaître leur constipation par le traitement alcalin intensif, On ramènera les selles en donnant toutes les deux heures un cachet contenant :

Bicarbonate de soude....	ãã 0 gramme 50
Craie	
Sous-nitrate de bismuth.....	

Bien que la craie et le bismuth soient considérés comme des constipants, ils agissent dans le cas particulier en régularisant les selles.

Pour les *fermentations anormales de l'estomac*, l'orateur ne connaît aucun moyen pratique permettant de reconnaître leur existence. Les fermentations anormales de l'intestin jouent du reste un rôle plus important.

M. Laffay présente des échantillons d'*huiles iodées* et *bromées*; dans le premier échantillon, il y a 40 grammes d'iode et 60 grammes d'huile. Ces solutions sont tout à fait limpides, incolores et inodores. Les huiles iodées fabriquées à l'étranger sont obtenues par l'action du chlorure d'iode : elles sont très colorées et peu, riches en iode (25 0/0) : on n'arrive pas à les décolorer et elles présentent une odeur d'éther accentuée, provenant sans doute du fait qu'on est obligé de les additionner d'éther pour arriver à les filtrer.

Les expériences, faites à Beaujon, chez le Pr Debove, ont démontré que l'huile iodée, injectée sous la peau, ne donne jamais lieu à des phénomènes d'iodisme et ne provoque aucune réaction douloureuse. L'élimination est très lente : chez un malade auquel on injecta, le 31 janvier, une dose unique de 5 c. c., correspondant à 3 gr. 50 d'iodure de potassium, l'élimination de l'iode n'est pas encore terminée aujourd'hui.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

Traitement spécifique de la fièvre typhoïde. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 20 mars, 1902). — PETRUSCHKY étudie depuis deux ans une méthode spéciale de traitement, consistant dans l'injection d'une dose minime de bacilles typhiques vivants ou morts. La méthode a donné d'excellents résultats, à la condition de ne l'appliquer que dans les cas appropriés. Elle est inefficace dans les cas suivants :

1° Affections provoquées par d'autres microbes que le bacille typhique;

2° Cas de fièvre typhoïde vraie compliqués de pneumonie, tuberculose, otite suppurée, etc.;

3° Cas de fièvre typhoïde avec faiblesse accentuée du cœur, ulcérations intestinales, intoxication grave.

Les meilleures conditions de réussite sont en revanche réalisées dans les cas récents, non compliqués, n'ayant autant que possible pas dépassé le second septénaire.

Dans ces conditions, on constate au bout de trois jours de traitement, un effet indéniable, caractérisé par une chûte de la température; si on cesse à ce moment le traitement, la température revient à la normale en trois jours. Les autres manifestations morbides, concernant le sensorium, le pouls, etc., subissent des modifications importantes.

L'auteur a adopté, pour ses injections, un liquide contenant des bacilles typhiques morts, pouvant se conserver pendant trois à quatre semaines, et auquel il a donné le nom de *typhoïne*. Le liquide doit être injecté dans la cuisse, deux fois par jour : pour les adultes, les doses, à diminuer de moitié pour les enfants, sont les suivantes :

1er jour.	0 gr. 05	le mat.	0,1 ccm.	le soir.
2e —	0 gr. 1	—	0,2	—
3e —	0 gr. 2	—	0,3	—

Avant de procéder à l'injection, la seringue de Pravaz est remplie, jusqu'à la 5e division, avec le liquide suivant :

Acide phénique pur.....	0 gr. 5.
Chlorure de sodium.....	0 gr. 8
Eau distillée ad.....	100 grammes.

E. VOGT.

L'hétol dans la tuberculose (*Medicinskoïe Obosrenie*, n° 12, 1901). — BRAINSTEIN a fait toute une série d'expériences sur des cobayes dans le but d'expliquer l'action des injections sous-cutanées d'hétol dans la tuberculose. C'est dans le même but qu'il a pratiqué les mêmes injections chez 4 tuberculeux. La dose injectée a été d'un quart de seringue de la solution d'hétol à 5 0/0; le nombre d'injections a varié de 9 à 12 : voici ce que l'auteur a constaté :

L'hétol n'exerce aucune influence sur la tuberculose expérimentale (généralisée) des cobayes. La virulence des bacilles contenus dans les crachats des malades n'est pas modifiée. Les crachats, sous l'influence de ces injections deviennent moins abondants et muqueux, mais le nombre des bacilles qu'ils contiennent ne diminue presque pas. L'appétit s'améliore, les sueurs deviennent moins abondantes. On n'a constaté aucune action favorable sur les lésions pulmonaires.

J. ROUBLEFF.

Le lysol dans le cancer au début (*Med. Woche*, n° 1, 1902). — BEHLA, dans les cas de cancer encore peu avancés, administre avec succès le lysol *intus et extra* : le produit semble enrayer la prolifération des cellules cancéreuses et retarder l'action des toxines sur l'organisme. On commence par faire ingérer 40 gouttes par jour divisées en quatre doses, dans une tasse de thé, d'infusion de graine de lin, de lait, etc. On arrive peu à peu, au bout d'un mois, à 60, et au bout d'un autre mois à 80, 100 gouttes par jour.

L'auteur prescrit souvent aussi un traitement combiné, et administre en même temps que le lysol, la potion suivante :

Iode pur.....	0 gr. 25
Iodure de potassium..	2 grammes
Eau distillée.....	100 —

Trois fois par jour une cuillerée à café dans de l'eau rougie.

A ce traitement, on ajoute, sur les ulcérations cancéreuses, des badigeonnages avec des solutions concentrées de lysol ou des injections parenchymateuses avec la même substance.

E. Vogt.

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la faculté de Médecine.

Traitement de la goutte par l'urosine (*Wiener med. Blaetter*, n° 51, 1901). — Hœnigschmied se sert depuis quatre ans du quinate de lithine ou urosine, médicament diurétique, inoffensif même à doses élevées, et possédant une action anti-goutteuse caractérisée. L'urosine est administrée sous forme de pastilles contenant 0 gr. 50 de substance active ; on en donne 10 par jour pour combattre l'accès de goutte aigu. Si l'accès est très violent, on peut donner trois pastilles à la fois, et recommencer une heure plus tard, sans aucun inconvénient. On prescrira en même temps un régime léger, avec prédominence d'alimentation végétarienne. Dans les cas chroniques, on donnera quatre pastilles par jour.

E. Vogt.

Quelques considérations sur les sels de plomb. Leur action sur l'organisme, par le Pr Pouchet (*Rev. intern. de méd. et de chirurgie* 23 mars 1902). — Est-il nécessaire que les eaux renferment une grande quantité de plomb pour être toxiques ? Non. C'est surtout la continuité de l'absorption pendant un temps prolongé qui est grave. Les quantités de plomb contenues dans l'eau peuvent être très minimes, et quand une eau renferme 1 milligr. de plomb par litre, elle est très riche, très dangereuse, et cependant cette quantité est difficilement décelable.

En dehors de l'eau, les matières alimentaires peuvent contenir du plomb. Ainsi les conserves alimentaires peuvent être renfermées dans des boîtes soudées. Or tous les règlements interdisent d'employer le plomb dans les soudures ; celles-ci doivent renfermer 97 0/0 d'étain pur, les 3 0/0 qui restent sont constitués par des impuretés pouvant renfermer du plomb, mais quand même les 3 0/0 seraient constitués uniquement par du plomb, cela ne présenterait aucun danger. Tous les objets de table ou de cuisine, cuillers, gobelets, plats, etc., d'étain, doivent être faits d'étain pur, et cependant leur usage a donné lieu à des accidents saturnins. On peut en effet observer des accidents d'intoxication avec ces objets, à partir de 10 0/0 de plomb, et encore avec 10 0/0 faut-il un usage prolongé. Mais, dans la pratique, c'est avec 30 0/0 de plomb qu'on observe les accidents.

Comment le plomb agit-il sur l'organisme ? Il agit d'abord directement sur le tissu musculaire, le muscle se décontracte sous son influence, qui rappelle dans une certaine mesure celle de la vératrine. Mais il y a autre chose de plus remarquable, c'est une action secondaire caractérisée par de la myosite. Le muscle se trouve en somme dans l'état où il serait s'il était absolument dépourvu de ses connexions nerveuses. Telle est l'opinion des auteurs qui pensent que, dans le cas de paralysie saturnine, il s'agit d'une action primitive du plomb sur le muscle. Mais ceux qui prétendent à une action primitive sur la cellule nerveuse localisent la lésion dans les cornes antérieures de la moelle et même, d'une façon plus précise, dans la partie moyenne des cornes antérieures.

L'auteur croit qu'il faut admettre une intoxication à la fois du système nerveux et des muscles, du système nerveux d'abord s'il s'agit d'absorption des vapeurs par la respiration, du système musculaire s'il s'agit d'absorption par la peau.

Quant au rapport du saturnisme avec l'avortement, ils sont très importants à connaître. Les avortements successifs sont très fréquents chez les femmes exposées à l'intoxication par le plomb. En outre, le plomb s'élimine très bien par le lait et on a observé des accidents d'intoxication chez des nourrissons allaités par des femmes exposées à la même intoxication.

En somme, il faut avoir constamment l'attention éveillée sur la possibilité de l'intoxication par le plomb, tellement cette intoxication est fréquente, sournoise, donnant lieu à des accidents divers et se produisant dans des circonstances où au premier abord on ne s'attendait pas à la rencontrer.

E. Vogt.

Un cas d'intoxication par l'hydrogène sulfuré chez un malade atteint de scabiès et traité par l'application d'une pommade soufrée, (*Arch. f. Dermat. u. Syphilis*, 1902, n° 3). Burmeister commence par rappeler que dans le service des

affections cutanées de l'hôpital Allerheiligen de Breslau, on traite depuis longtemps la gale par trois frictions en trente-six heures avec une pommade contenant 10 0/0 de carbonate de potasse et 40 0/0 de soufre précipité : trente-six heures après la dernière friction, on administre un bain. On n'avait eu jusqu'ici à enregistrer, à la suite de ce traitement, que des dermatites légères, mais un cas a démontré que des accidents sont tout de même possibles.

Chez un jeune homme d'ailleurs bien portant, un état général grave se développa après la troisième friction : perte de connaissance, pouls petit et fréquent, respiration irrégulière et stertoreuse, évacuations alvines involontaires. Une injection de 2 grammes d'huile camphrée et un savonnage minutieux dans le bain firent disparaître les accidents graves, mais le malade se plaignit de céphalalgies et de soif, et eut quelques vomissements. La peau, très rouge, présentait par places une dermatite suintante avec croûtelles.

L'auteur admet une intoxication par absorption d'hydrogène sulfuré par les excoriations de grattage.

E. Vogt.

Traitement par la morphine de l'empoisonnement par la belladone (*Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte*, n° 23, 1901). — Eberschweiler donne deux observations d'enfants (3 et 4 ans), empoisonnés par ingestion de baies de belladone : au moment où l'auteur fut appelé, l'un des enfants présentait des contractions tétaniques, l'autre était dans un état soporeux. On fit à chaque enfant une injection sous-cutanée de chlorhydrate de morphine de deux milligrammes. Dix minutes plus tard, les enfants s'endormirent d'un sommeil paisible : ils se réveillèrent six heures plus tard, entièrement débarrassés de leurs accidents cérébro-spinaux, à l'exception des troubles de la démarche et de la déglutition. Les pupilles restèrent dilatées pendant 8 jours. Comme conséquence de l'empoisonnement, l'auteur a noté en outre un amaigrissement considérable, mais avec euphorie et état général satisfaisant.

E. Vogt.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux.

La mort sous le chloroforme (*Société de Chirurgie*, 29 janvier, 1902). — La discussion est close maintenant, sur ce chapitre. N'eût-elle eu pour résultat que de mettre les chirurgiens en éveil contre l'imprudence des chloroformisateurs dans certains milieux, qu'on aurait lieu de se féliciter qu'elle ait été soulevée par la communication de M. Huchard à l'Académie. Dans nos récents comptes rendus, (1) nous insistions sur le mode déplorable d'administration de cet agent anesthésique à tout venant, en faisant remarquer qu'il est toujours mal donné, lorsqu'il échoit à des mains novices et qu'il ne se montre pas en réalité plus meurtrier que l'éther, quoiqu'en pense M. Poncet (de Lyon) à la condition de ne pas passer outre aux contre-indications formelles et de le faire donner par un aide spécial.

Nous n'y reviendrons aujourd'hui que pour citer intégralement la statistique que M. Reynier a eu l'idée très opportune de porter à cette occasion devant la Société de Chirurgie. On verra combien sont justifiées nos critiques.

M. Reynier a eu cinq cas de mort sous le chloroforme ; ce nombre est élevé, mais partout il a été possible de relever la tare qui rendait l'anesthésie générale dangereuse chez ces opérés.

Premier cas : jeune fille opérée pour une lésion du pied, après une *double injection d'atropine et de morphine*. Quelques minutes après l'opération, mort par arrêt du cœur. M. Reynier est justement convaincu que les injections des substances ci-dessus ont favorisé la mort.

Deuxième cas : homme à opérer par l'électrolyse d'un rétrécissement de l'urètre. Le *malade avait mangé et bu le matin*. On passa outre. Mort dans les premiers instants de la chloroformisation.

Troisième cas : homme atteint de cancer ulcéré du larynx ; syncope laryngo-réflexe mortelle à la première bouffée.

Quatrième cas : femme qui avait été laparotomisée et avait eu une première fois *une syncope grave*. Endormie de nouveau, pour une éventration, elle succomba à une nouvelle syncope.

Cinquième cas : homme athéromateux, chez qui M. Reynier pratiquait la cure radicale d'une hernie. Mort pendant l'opération : le chloroforme contenait des traces d'alcool éthylique.

M. Reynier n'en demeure pas moins fidèle au chloroforme, mais il signale l'importance qu'acquiert de ce fait l'examen antérieur du malade. Loin de se payer de mots, tels que l'idiosyncrasie, il pense qu'il y a lieu de rechercher si l'on a affaire à des alcooliques, à des sujets qui ont des syncopes fréquentes dans la vie normale, enfin à des *cardiaques*, les plus sensibles de tous. M. Guinard se disposait à appliquer un appareil plâtré à une jeune fille, atteinte d'arthrite du cou-de-pied. La malade

1. Nos des 15 janvier et 15 mars 1902.

tomba morte après quelques inhalations de bromure d'éthyle. Le résultat eut été vraisemblablement le même pour le chloroforme et l'autopsie releva une cause de mort, dans l'existence d'une *endocardite végétante de la mitrale*. Chez un autre malade âgé, le même chirurgien allait faire des incisions du périnée pour une infiltration d'urine. Le malade mourut à la première bouffée de chloroforme, avant qu'il eût commencé. A l'autopsie, on trouva une *symphyse cardiaque*.

Nous demandons s'il est raisonnable de porter au passif du chloroforme de tels accidents? L'anesthésie générale comporte des dangers, quelque soit l'agent employé. La publication des cas précités doit servir à les écarter dans la plus large mesure possible.

A. Benoit.

Aperçu général du traitement des fractures par le massage, par Massy (*Revue de Cinésie*, 20 février 1902). — Une difficulté, d'apparence irréductible, se dressait autrefois pour le chirurgien quand il se proposait, en présence d'une fracture, ce double but : rétablir la forme, c'est-à-dire rendre à l'os rompu sa forme, sa longueur, sa résistance; rétablir la fonction, c'est-à-dire conserver intact le jeu des muscles, des gaînes tendineuses, des articulations. Tandis que, en effet, un cal irréprochable réclame, pour se constituer, l'immobilité absolue, les muscles, les tendons et les articulations demandent, pour se maintenir en bon état, le mouvement. Mais ces deux exigences thérapeutiques, qui paraissaient contradictoires, ont disparu dans la pratique depuis que l'on sait que la rapidité de la réparation des os fracturés n'est pas du tout en raison de la perfection de leur contention; qu'une immobilité trop absolue nuit à la formation du cal; et qu'une certaine quantité de déformation n'empêche guère les fonctions régulières d'un membre, si toutefois les muscles ont repris leur valeur, si les articulations sont souples et si toute douleur est bien éteinte. La méthode du massage et de la mobilisation précoce qui permet d'abréger l'immobilisation pour certaines fractures et pour d'autres de la supprimer, qui accorde une place prépondérante aux mouvements effectués de bonne heure, qui maintient la souplesse, qui favorise la circulation et la nutrition du membre fracturé peut donc à priori, être considérée comme absolument rationnelle. La pratique d'ailleurs a permis de la regarder comme telle, en même temps que comme le traitement le plus efficace des fractures.

Presque toutes les fractures peuvent être traitées par cette méthode, à l'exception toutefois de celles qui se compliquent de plaies profondes ou étendues et de celles où il existe des déplacements très appréciables. Elle convient plus spécialement aux cas où l'os fracturé possède un tuteur naturel qui le maintient en place.

L'auteur distingue trois modes d'application différents de cette médication : le massage immédiat, le massage retardé et le massage tardif.

Le massage *immédiat*, c'est-à-dire celui qui sera pratiqué dès les premiers jours, convient, pour l'auteur, aux fractures des côtes, de la clavicule (fractures ordinaires), de l'omoplate, de l'humérus (extrémité inférieure, sans déplacement), du cubitus (extrémité-diaphyse), du radius (extrémité inférieure-diaphyse), du carpe, du métacarpe, des phalanges, du fémur (intra-articulaires, diaphysaires et transversales), de la rotule, de la jambe (transversales, sans déplacement), du tibia (diaphyse), du péroné (diaphyse), des malléoles (uni-malléolaires, sans déplacement), métatarse (sans déplacement).

Le massage *retardé*, c'est-à-dire celui qui sera effectué après les quinze premiers jours est indiqué dans les fractures de l'humérus (col anatomique, extrémité inférieure avec déplacement), du radius (extrémité supérieure), du fémur (extrémité inférieure), des malléoles (uni-malléolaires, avec déplacement, bi-malléolaires sans déviation).

Le massage *tardif*, c'est-à-dire celui qui sera fait après les vingt-cinq premiers jours, devrait enfin être réservé aux fractures de l'humérus, (col chirurgical, diaphyse) et bi-malléolaires avec déviation).

Pour faire le massage, l'on effectuera pendant les trois à quatre premiers jours un effleurage large et profond à une certaine distance au-dessus du trait de fracture, pendant deux à trois minutes. Ensuite l'on effleurera doucement et légèrement le membre dans toute son étendue avec la face palmaire de la main, sans pression au niveau de la fracture elle-même, pendant sept à huit minutes.

A partir du quatrième jour, l'effleurage du membre fracturé deviendra chaque jour plus profond. Au bout d'une dizaine de jours, l'on pourra même effleurer au niveau de la fracture elle-même, mais toujours assez doucement : et cela d'abord avec la pulpe des doigts, plus tard avec celle du pouce.

L'effleurage profond effectué sur le membre malade portera plus particulièrement sur les interstices musculaires, sur les gaînes tendineuses, sur les muscles. Il sera pratiqué également sur les articulations voisines de ce membre.

On le fera suivre d'un massage à frictions exécuté au moyen des pouces sur les parties

tuméfiées pendant deux ou trois minutes. Puis on pétrira avec douceur les muscles tant superficiels que profonds durant ce même laps de temps; et l'on exercera enfin sur eux un léger tapotement (au moyen d'un percuteur à boule élastique de préférence). La séance durera ainsi 20 minutes environ, y compris les quelques mouvements actifs et passifs qui devront, dès qu'ils seront possibles, suivre immédiatement les manœuvres de massage proprement dit.

On commencera par les articulations un peu éloignées du trait de la fracture.

L'appareil de contention devra être supprimé dès que la fracture aura acquis un degré assez prononcé de consolidation. Le membre sera alors entouré d'une bande de flanelle exerçant sur lui une douce compression; elle sera supprimée au bout de quelques jours.

E. Voet.

Fractures symétriques des clavicules, par MM. Féré et Ed. Papin (*Revue de chirurgie* 10 mars 1902). — Les auteurs ont observé dans le service des aliénés de Bicêtre cinq cas de fractures symétriques de clavicules, présentant ceci de particulier qu'elles sont ignorées des malades, aucun traumatisme n'étant relevé dans leurs antécédents. Presque toutes siégent à l'union des 2/3 internes et du tiers externe. Comme il est presque absolument impossible de supposer la fracture symétrique par choc direct ou indirect, on est obligé d'admettre la fracture par *contraction musculaire*. Mais il a été impossible de relever cette étiologie chez aucun des malades et aucune autre observation n'en existe. Par exclusion, vu le peu de troubles fonctionnels que ces malades présentent, les auteurs proposent, jusqu'à plus ample informé, de considérer ces fractures symétriques, bien révélées par la radiographie, comme des lésions congénitales dues à des convulsions *intra-utérines*.

E. Benoit.

Le traitement chirurgical de la synovite chronique, (*The British Medical Journal*, 8 février 1902). — M. R. L. Swan fait une communication sur ce sujet et recommande dans les cas de synovite tuberculeuse primaire, d'ouvrir l'articulation, d'évacuer le liquide y contenu, et, après lavage de toute la synoviale, de désinfecter avec une solution d'acide phénique pur. M. Swan cite deux cas de guérison absolue par ce mode de traitement qui lui paraît le meilleur.

M. Thomas Myles partage les idées de M. Swan, mais conseille, autant qu'il est possible, l'extirpation totale de toutes les fongosités qui enveloppent spécialement les ligaments latéraux. L'auteur ajoute que, chez les enfants, la synoviale doit être disséquée et extirpée.

M. Taylor fait une objection pour ce qui concerne la section de la rotule, dans certains cas de synovite chronique, et pense que l'infection tuberculeuse se fait très facilement sur des surfaces osseuses, non rapprochées. Il préfère la méthode de Kocher qui, après relèvement d'un grand lambeau, permet l'examen plus complet de l'articulation. M. Taylor fait le lavage de la cavité articulaire à l'acide phénique et recommande la section du cartilage hyalin au ras de l'os, avec rapprochement des deux surfaces osseuses sectionnées.

M. H. G. Croly approuve la technique de M. Swan mais n'admet pas la dissection de la synoviale et la section du cartilage hyalin.

M. Tobin a essayé le repos dans certains cas de synovite avec épanchement articulaire et n'a obtenu aucun bon résultat. Il pense, (bien qu'on n'ait trouvé aucun bacille de Koch), que la synovite pulpeuse de Brodie n'est qu'une forme de synovite tuberculeuse. L'auteur ne croit pas que la dissection de la synoviale soit toujours suivie de bons effets, et le plus souvent, il cherche à obtenir l'ankylose.

M. Lentaigne prie M. Swan de décrire sa méthode. Pendant des années, il a utilisé les solutions fortes d'acide phénique, sans avoir eu d'accidents. Mais, l'auteur se souvient, étant étudiant, d'avoir vu plusieurs cas d'intoxication par le phénol. Il attribue ces accidents à l'impureté de la solution employée. L'opération pratiquée par M. Swan peut être considérée comme le premier temps d'une arthrectomie, si ultérieurement, cette dernière opération était devenue nécessaire.

M. Doyle demande comment M. Swan utilise l'acide phénique. Il pense que le lavage avec cette solution constitue une méthode dangereuse. Chez les enfants, l'auteur reconnaît avoir eu de mauvais résultats toutes les fois qu'il fit la dissection des feuillets synoviaux. Pendant quelques mois, on constatait de l'amélioration, mais deux ou trois années après l'intervention, le genou était complètement déformé M. Doyle recommande la méthode de Kocher et croit qu'il faut aller chercher la porte d'entrée de l'infection à l'insertion de chaque ligament croisé.

M. Swan rappelle que, dans cette communication, il eut pour but d'exposer, non pas l'arthrectomie, mais la méthode de simple ouverture de l'articulation, avec évacuation de son contenu, de façon à permettre à la membrane synoviale de revenir à ses conditions normales. M. Swan fait savoir qu'après le nettoyage le plus complet de l'articulation avec une solution d'eau stérilisée, il touche chaque point de la cavité

articulaire au moyen d'une tige trempée dans l'acide phénique.

R. Blondel.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Médecin des hôpitaux

A propos du traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac par le Dr A. Morin Perujo (*Revista de Medicina y cirurgica Practica*, 28 février, n° 2). — Bien que dans l'ulcère de l'estomac il y ait un plus grand champ d'action pour la chirurgie que dans les cas de cancer du même organe, cependant les indications sont limitées.

L'opinion du Dr Morin Perujo peut être résumée dans les termes suivants : la cure chirurgicale est très indiquée, c'est la cure unique, dans beaucoup de *complications*, dans beaucoup d'*états consécutifs* à l'ulcère de l'estomac, comme par exemple dans les cas d'*adhérences* cicatricielles, de *périgastrites* formant *tumeur*, dans quelques *sténoses pyloriques*, dans certaines *dilatations* se compliquant de tétanie grave ou d'inertie complète, dans quelques *états mécaniques ou altérations de forme* compromettant, par leur persistence la vie, (coudes du duodénum, estomac en forme de bissac), et en cas de *péritonite par perforation*. Par contre l'auteur n'est pas partisan de l'intervention par hémorragies gastriques, pour des douleurs, ne dépendant pas d'adhérences, pour des vomissements, etc.

A propos d'hémorragie, l'auteur dit que sans avoir recours aux spécifiques, ni aux hémostatiques, dans la plupart des cas le médecin peut enrayer une gastrorrhagie par le repos, la diète absolue, lactée ou mixte, l'application ou même l'ingestion de glace, la cure alcaline, ou l'administration de calmants, etc.

Les crises récidivantes, les hémorragies répétées, etc. sont souvent la conséquence d'infractions diététiques, hygiéniques, professionnelles, sociales, etc.

Si l'hémorragie est foudroyante, la grande faiblesse dont est pris le malade ne constitue pas une chance de réussite pour l'intervention, même en supposant que l'on puisse trouver l'endroit qui saigne, car souvent l'hémorragie est en nappe ou le point qui saigne caché derrière un repli de la muqueuse. Il devient alors très difficile, sinon, impossible de l'enraye.r

Par contre dans les ulcères perforés la chirurgie trouve sa principale indication, et l'opération exécutée dans les premières heures après l'accident peut donner de brillants résultats.

F. Berini.

Contribution à l'étude des indications et des résultats opératoires de la gastroentérostomie dans les affections non cancéreuses de l'estomac, par Robert Sorel (*Revue médicale de Normandie*, 25 mars 1902). — Les deux observations dont il est question concernent une malade atteinte d'ulcère classique de l'estomac pris pour un cancer et une malade, chez laquelle le diagnostic de cancer pylorique avait été porté même après laparotomie, il semble devoir être infirmé par la longue durée de la survie (16 mois) et l'amélioration de l'état général. Il s'agissait d'une tumeur inflammatoire et non d'un cancer. Le procédé que préfère Sorel est la gastroentérostomie en Y de Roux ; il alimente les malades très rapidement ; dès le lendemain, il leur donne du bouillon et du lait, le second jour du tapioca et des œufs ; dès le quatrième jour les malades mangent de la viande et la digèrent bien.

Il est assez difficile d'apprécier les résultats de cette opération dans le cas de cancer, mais il est certain qu'ils sont très satisfaisants dans les opérations non cancéreuses.

P. Saintos.

Traitement de l'appendicite (*Vestnik de thérapeutique*, n° 22, 1901). — Tandis que la plupart de nos chirurgiens les plus connus affirment que seule l'intervention chirurgicale convient au traitement de l'appendicite, le Pr Bobroff estime que cette manière de voir est à bien des points de vue inexacte.

En effet l'expérience montre d'après lui qu'un grand nombre de malades ayant subi une ou deux attaques d'appendicite, finissent par guérir sans aucune intervention chirurgicale. Pour le professeur russe non seulement l'appendicite catarrhale simple, mais même l'appendicite ulcéreuse qui n'est pas encore bien entendu arrivée à un degré de développement dangereux, peut parfaitement guérir définitivement sans qu'on ait eu recours à aucune intervention chirurgicale. C'est en partant de ce point de vue que Bobroff se prononce pour la méthode expectative. Il rejette l'opinion qui veut qu'on favorise ainsi la stase des matières fécales et des produits toxiques. Il conseille donc de nettoyer le plus rapidement et le plus soigneusement possible le canal intestinal, soit par un purgatif (sel de Glauber), soit par un lavement profond et enfin, pour débarrasser l'intestin de ses gaz, d'introduire dans le rectum un long tube en caoutchouc de la grosseur d'un doigt et de le laisser pendant plusieurs jours en place.

Une fois le canal intestinal débarrassé de son contenu, Bobroff administre au malade du bismuth et du salicylate de soude :

Bismuth 0,50
Salicylate de soude 0,30

Pour un paquet.

2 à 3 paquets par jour.

Ce mélange doit, dans l'esprit de l'auteur, diminuer l'activité des microbes qui sont encore restés dans l'intestin. Pour atténuer les douleurs on administre de la belladone ou bien on pratique des injections de morphine.

On a recours au froid dans les cas où les douleurs sont très fortes, où le ventre est ballonné, où la péritonite a une tendance à se propager. Mais dès que les douleurs et le ballonnement diminuent, que le pouls redevient bon, qu'il n'y a plus ni hoquets ni vomissements ni phénomènes péritonitiques, il faut recourir à la chaleur sous forme d'application d'une vessie remplie d'eau chaude, dans le but de favoriser l'absorption de l'exsudat inflammatoire.

Mais si au bout de deux ou trois jours on ne constate aucune diminution de l'exsudat dans la profondeur, on peut affirmer, même en l'absence de tout autre symptôme, l'existence d'un foyer de suppuration, et dans ce cas il est nécessaire d'opérer.

D'une façon générale l'auteur estime que l'intervention s'impose dans les cas où il y a eu plusieurs attaques d'appendicite et où entre deux attaques, il persiste malgré le régime un épaississement et une sensibilité plus ou moins prononcés. Ces deux symptômes indiquent, dit Bobroff, qu'il existe des modifications profondes de l'appendice et que par conséquent le malade se trouve dans des conditions où sa vie est en danger : il faut alors intervenir.

J. Roubleff.

Le traitement des abcès hépatiques (*The British Medical Journal*, 22 février 1902). — M. Maitland expose le traitement des abcès hépatiques et recommande de n'user de la ponction exploratrice ou évacuation que dans les cas où le diagnostic est indécis. Il rappelle que M. Cantlie disait récemment que le grand danger de la ponction est de blesser la veine cave inférieure, mais ce vaisseau ne peut être atteint que lorsque l'aiguille pénètre à plus de 8 centimètres de profondeur. M. Maitland ne connaît pas de cas de blessures de la veine cave inférieure par la ponction, mais il sait que plusieurs hémorragies mortelles sont survenues à la suite de piqûres faites dans des foies congestionnés. Il cite même un cas de mort, causée par une piqûre de l'artère intestinale. M. Maitland, au sujet de la ponction, conseille, quand celle-ci a été blanche, de ne jamais la renouveler au même point, et recommande, aussitôt qu'elle a dû être faite en un autre point de la surface du foie, de pratiquer l'incision large de l'abcès. L'auteur pense que dans certains cas, il sera utile de piquer dans le foie une aiguille qui, laissée *in situ*, servira de point indicateur pour l'incision de l'abcès.

M. Maitland, pour l'ouverture des abcès hépatiques, suit la voie transpleurale, après résection, près de l'aiguille indicatrice, d'une longueur de côte de 4 centimètres environ. Lavage à l'eau boriquée ou stérilisée, suivi d'une injection d'émulsion iodoformée. Drainage avec deux tubes de caoutchouc dont la lumière a un diamètre d'un centimètre.

L'auteur n'approuve pas la méthode de M. Cantlie, qui ponctionne les abcès avec un trocart et en vide le contenu par le « siphon drainage ». Cette méthode lui paraît insuffisante, ne permettant pas l'évacuation complète de l'abcès. Elle n'assure pas un drainage absolu, et en n'accordant pas au chirurgien la faculté d'explorer la cavité de l'abcès avec le doigt, constitue une méthode aveugle. Le seul traitement rationnel des abcès hépatiques est l'incision de ces abcès avec large ouverture.

M. Sturmer partage les idées de M. Maitland et recommande la libre évacuation de l'abcès après incision, comme dans un cas d'abcès ordinaire.

M. Molesworth demande à M. Maitland si dans certains cas de congestion du foie, il n'y a pas eu, après la ponction exploratrice, disparition des symptômes.

M. Browne cite trois cas de mort causée par hémorragie après ponction du foie. Dans l'un de ces cas, il n'y avait certainement pas eu blessure de la veine cave inférieure, ou de quelques grosses veines, car le sang s'échappait de la substance même du foie. M. Browne ne pense pas qu'il y ait plus de danger à blesser la plèvre par la ponction que par l'incision.

M. Niblock approuve M. Maitland et dit que la ponction ne doit être faite que sur le champ de l'opération, et doit être immédiatement suivie de l'opération. M. Niblock suit la même méthode que M. Maitland, mais il ne fait pas d'injection iodoformée, après le lavage de l'abcès. Il rapporte 12 cas d'abcès uniloculaires, dont 2 cas de mort, et 4 cas d'abcès multiloculaires dont 4 morts.

M. Maitland, en réponse, rappelle que M. Molesworth avait attiré l'attention sur ce fait que la ponction du foie, avec une aiguille exploratrice, est toujours salutaire, même quand cette ponction ne donne pas issue à du pus. M. Maitland

n'approuve pas cette idée et préfère de beaucoup l'incision.

R. Blondel.

Appareil pulmonaire

Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine

Etude clinique sur l'emploi de la Spartéine par Thomas (*Rev. méd. de la Suisse Romande* 29 mars 1902). — L'auteur dispose de 18 observations prises à la clinique du Pr Bard, à Genève ; nous résumerons en quelques mots les résultats de ces recherches.

A la suite d'injections sous-cutanées de 0,05 grammes de sulfate de spartéine, répétées en général 2 à 3 fois par jour, la diurèse a été fréquemment observée ; elle n'a pas atteint un chiffre supérieur à trois litres ; sous ce rapport la spartéine est bien inférieure à la théobromine qui, surtout dans les cas compliqués d'hépatite chronique, donne de bien meilleurs résultats. Quant à la durée de cette action, elle dépend entièrement, comme on pouvait le prévoir, de l'influence exercée par le médicament sur le cœur : il en est de même de la date de son apparition. Au point de vue de l'albuminurie, l'auteur a noté dans trois cas une prédominance marquée de l'action de la spartéine sur celle de la digitale.

En ce qui concerne les manifestations du cœur proprement dit, on obtient en général les effets suivants : régularisation des battements, renforcement des contractions, diminution marquée de la dilatation. Suivant l'état du cœur, ces phénomènes seront naturellement plus ou moins intenses et surtout plus ou moins durables ; deux cas de symphyse du péricarde, dans lesquels le trouble dépendait plus de l'entrave apportée à la contraction que d'altérations du muscle cardiaque, ont montré les résultats les plus favorables.

La rapidité avec laquelle ces symptômes se développent, est aussi sujette à beaucoup de variations ; il est d'ailleurs reconnu que certains cas d'asystolie ou plutôt certaines périodes de ce syndrôme, sont plus justiciables de la saignée locale ou générale, de l'emploi des stimulants tels que l'acétate d'ammoniaque et le camphre, que de l'intervention par les médicaments cardiaques.

La spartéine semble avoir plus de succès, lorsqu'on a un certain temps devant soi que lorsqu'il faut agir vite.

Si l'on veut comparer les effets de la spartéine, avec ceux de la digitale, ont voit qu'ils sont moins intenses, souvent moins durables, mais on n'observe pas d'action cumulative ni de symptômes indiquant une intoxication.

L'auteur a employé la spartéine en injections sous-cutanées dans cinq cas de troubles cardio-vasculaires chez des typhiques, avec d'excellents résultats : il a noté en particulier l'absence de tous phénomènes d'excitation, comme on en voit assez souvent avec la caféine. Les signes cliniques étaient l'assourdissement des bruits, surtout du premier, et la rapidité du pouls : 136 à 140 ; dans un cas, la grande faiblesse ou l'absence du choc cardiaque ; la cyanose dans un autre, la dilatation du cœur ; la présence, dans deux cas surtout, de complications broncho-pulmonaires. Ces symptômes se dissipèrent assez rapidement, ou ils n'augmentèrent pas d'intensité et laissèrent le sujet terminer favorablement sa maladie. Un des cas a été suivi de mort ; il s'agit d'une femme âgée, qui présenta les signes d'un colo-typhus et succomba à des accidents d'infection grave ; c'est à propos de cette malade qu'on a pu constater une fois de plus l'inconvénient de la caféine produisant une excitabilité réflexe très exagérée.

Si l'on cherche à déterminer dans quelles circonstances la spartéine et la caféine devront être employées, on reconnaîtra qu'il faut réserver à la première les cas où l'action du cœur doit être régularisée et renforcée ; la seconde trouvera son indication lorsqu'il faut agir vite et produire une stimulation cardiaque et générale qui permette de franchir une passe dangereuse et d'attendre un moment favorable pour intervenir d'une manière plus durable.

Le dosage de la spartéine n'a rien de compliqué ; le sulfate, facilement soluble, peut être employé en potion ou en injections ; la forme pilulaire convient aussi dans certains cas. D'une manière générale, la dose de 0,20 en 24 heures ne doit pas être dépassée, et 0,05 en injections sous-cutanées répétées trois fois par jour doivent suffire si les indications sont justes ; ce dernier mode d'administration n'a jamais présenté aucun inconvénient.

Les données expérimentales contrôlées par l'examen clinique permettent de poser les conclusions suivantes :

1° Dans les affections chroniques du cœur, la spartéine, sans atteindre la valeur de la digitale, peut remplacer cette dernière ou aider à son action. Comme elle, elle favorise la diurèse, renforce le cœur, diminue sa dilatation et régularise son rythme. L'absence d'effets cumulatifs et de toxicité, même lors d'un emploi

prolongé, pourvu qu'elle soit administrée à dose convenable, en font un médicament utile et pouvant être recommandé. Ses indications principales sont : la myocardite surtout chronique, le début de l'asystolie, les troubles subjectifs des affections cardiaques et du rythme lorsque ce dernier est précipité et irrégulier. La coïncidence d'altérations hépatiques et pulmonaires étendues (ces dernières sous quelques réserves) obligent à employer des substances plus énergiques et plus appropriées à ces buts spéciaux.

2° Au cours des maladies infectieuses, la spartéine rendra des services lorsqu'il s'agit de tonifier et de régulariser le cœur, mais suivant les cas, il peut être nécessaire de recourir à des médicaments dont l'action est plus générale et plus énergique.

E. Vogt.

Effets thérapeutiques de la digitoxine dans les myocardites, par F. Curioni (*La Clinica Medica Italiana* n° 11, 1901). — Les opinions des auteurs sont très partagées à propos des diverses digitoxines. Les recherches de l'auteur ont porté sur 7 malades, dont deux en pleine asystolie à la suite d'une maladie infectieuse aiguë, les autres atteints de myocardites chroniques avec lésions des orifices valvulaires. Pour l'auteur, la digitoxine est un médicament fort utile qui améliore les conditions du pouls, et qui relève assez rapidement la pression artérielle : son effet est complet après 4 à 5 heures d'administration.

La dose doit être de 0 gr. 0005 en moyenne, au plus de 0 gr. 0075 : cette dose fait disparaître le dicrotisme. elle régularise le pouls et augmente la pression. Mais si on a à faire à des cardiopathies anciennes ou à des formes d'une très grande gravité on peut, d'emblée, et sans crainte, prescrire 0 gr. 001.

Al. Percival.

Traitement de l'ictus apoplectique (*Gyogyaszat*, n° 40, 1901). — Ferenczi, dans un cas d'ictus apoplectique, remarqua que la respiration du malade était rendue très difficile par la parésie de la langue qui, retombée en arrière, gênait considérablement le passage de l'air. Cet état rappelant exactement l'accident classique observé au cours de la chloroformisation, l'auteur le traita par les moyens usuels et réussit entièrement à faire disparaître la cyanose.

E. Vogt.

Ophtalmologie

Dr E. Kopff

Médecin oculiste de l'hôpital St-Joseph

De l'emploi de l'iodipine en thérapeutique Oculaire, par M. le Dr Von Hymmen, (*Ophtalmologische Klinik* n° 22-1901). — Depuis la communication de Pagenstecher sur les effets obtenus par l'iodure de potassium à hautes doses, dans les affections oculaires où les doses ordinaires étaient restées sans effet, cette thérapeutique a trouvé beaucoup d'adeptes chez les ophtalmologistes. Des doses de 20 à 25 grammes d'iodure de potassium ou d'iodure de sodium administrés à des malades qui n'avaient pu supporter de faibles doses sans phénomènes d'intolérances, étaient beaucoup mieux tolérées que ces dernières.

Néanmoins il est des cas d'idiosyncrasies particulières où l'on ne peut facilement avoir recours sans dangers aux préparations iodées à hautes doses.

En outre des troubles gastro-intestinaux souvent très marqués, on observe, dans l'iodisme des phénomènes inflammatoires du côté des paupières (œdème) et des conjonctives (conjonctivites) qui ne sont pas sans importance et pour le malade et pour le médecin.

En ce qui concerne l'iodipine en oculistique générale on observe les faits suivants.

Dans quelques cas de keratites parenchymateuses hérédo-spécifiques où un traitement prolongé de l'iodure potassium était resté sans effet, on observa une amélioration subite après l'emploi de l'iodipine. Il est vrai de dire, dans cette affection, une amélioration spontanée se produit souvent sans qu'on puisse affirmer qu'elle est la conséquence du traitement.

Dans les inflammations chroniques de l'uvée, de même que dans certains troubles du corps vitré consécutifs à la myopie, l'usage prolongé de l'iodipine a une action favorable.

Dans un cas de sclérite profonde, d'étiologie obscure, mais sûrement pas syphilitique, l'iodipine seule finit par amener la guérison alors que tous les traitements habituels étaient restés sans effet.

Une malade, atteinte de paramétrite était originellement soignée pour un trouble du corps vitré, qui disparut complètement après 4 ou 5 mois de traitement par l'iodipine. Un autre cas de trouble circonscrit du corps vitré chez une femme de 35 ans fut guéri de la même façon. Au contraire, chez un malade atteint de troubles diffus du vitré suite de glaucôme, on n'obtint aucun résultat par les injections d'iodipine à 25 0/0,

Chez une femme de 40 ans opérée de myopie, l'iodure de potassium ne hâtant pas manifestement la résorption des masses cristalliniennes, on put voir assez nettement la résorption se produire sous l'influence de 5 cuillerées à soupe d'odipine par jour. Il en fut de même pour un opéré de 23 ans. Dans un cas de parésie chronique de l'abducens où l'IK resta sans résultat pendant 28 mois, il y eut amélioration manifeste par les injections sous-cutanées d'iodipine. Nous croyons pouvoir conclure que l'iodipine est supportée sans aucun inconvénient objectif ni subjectif et que ses effets thérapeutiques se font sentir même dans les cas où l'IK, est resté sans action, aussi bien que dans ceux où ce dernier agent n'est pas supporté.

A. Darier.

L'abus de l'atropine en oculistique. (*The British Medical Journal*, 1er février 1902). — M. H. Carter Mactier rapporte deux observations de glaucome survenu accidentellement après l'emploi de l'atropine.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de trente ans atteinte d'hypermétropie avec astigmatisme. On prescrivit de l'atropine afin de dilater la pupille. Quinze jours après on notait un glaucome aigu bilatéral. L'auteur dut faire une iridectomie à droite. Malheureusement, une double irido-choroïdite se développa, et la malade refusa toute intervention sur l'œil gauche.

La deuxième observation se rapporte à un homme qui, souffrant très vivement de l'œil droit, se fit pendant dix-huit jours des instillations d'atropine. Un glaucome aigu se déclara après l'emploi de ce médicament, et le malade dut subir, en dépit du traitement médical, l'énucléation de l'œil, à cause des douleurs devenues intolérables. M. Mactier se basant sur ces deux résultats désastreux, causés par l'abus de l'atropine, recommande de ne se servir de ce médicament qu'avec une très grande circonspection, surtout chez les malades qui ont dépassé trente ans. En effet, la prédisposition au glaucome augmente avec l'âge. L'auteur rappelle les caractères principaux du glaucome aigu, et conseille, pour éviter toute complication après l'administration de l'atropine, d'établir, aussi nettement que possible, le diagnostic différentiel entre le glaucome aigu et l'iritis.

R. Blondel.

Résection partielle du nerf optique dans le glaucome absolu. (*Med. Obosrenie* n° 12, 1901). — Dans les cas de glaucome absolu à la période de douleurs, même en l'absence de notables modifications dégénératives, ou de douleurs, lorsque l'iridectomie a été déjà pratiquée ou lorsqu'elle ne peut pas l'être, Golovine estime qu'il est indiqué de pratiquer la résection partielle du nerf optique proposée pour la première fois par Graefe. L'auteur cite 13 cas personnels, où cette opération a été incontestablement utile. L'exophtalmie, plus ou moins prononcée, qui survient pendant les premiers jours qui suivent l'opération disparaît rapidement. Dans un seul cas, l'auteur a été obligé de pratiquer l'énucléation, la malade ne pouvant supporter l'exophtalmie. Une fois la cicatrisation terminée, il reste une tendance au strabisme externe, en même temps que les mouvements du globe oculaire sont limités de ce côté. Les douleurs disparaissent définitivement (dans un certain nombre de cas les malades sont restés sous l'observation de l'auteur pendant dix-huit mois). La cornée devient plus transparente; dans les premiers temps le centre de la cornée est anesthésié. Les phénomènes dégénératifs de l'iris s'arrêtent; le pigment augmente dans les milieux internes de l'œil; la pression intraoculaire tombe parfois au dessous de la normale pour se relever par la suite, mais sans toutefois atteindre la hauteur qu'elle a eue avant l'opération. Les médicaments myotiques se montrent parfois efficaces à la période postopératoire. Dans un certain nombre de cas les conditions nouvellement créées rendent possible une iridectomie ultérieure.

J. Roubleff.

Traitement du ptérygion par le massage (*Med. Obosrenie*, n° 12, 1901). — Sassaparel décrit un cas de ptérygion très prononcé où le massage a amené la guérison complète.

Le traitement n'a duré que 33 jours sur lesquels les séances n'ont pas eu lieu 13 fois. Le massage a été pratiqué une fois par jour pendant deux minutes. L'auteur s'est servi pendant le massage d'une pommade composée de sublimé, de vaseline et d'arséniate de cocaïne. Cette pommade était introduite dans l'œil et une partie restait sur les paupières.

Dès les premières séances on a pu constater une amélioration: la membrane était devenue plus mince et moins injectée, en même temps que la vue s'était améliorée. A la fin du traitement la membrane a presque entièrement disparu, ne laissant à sa place qu'une légère coloration des tissus et deux vaisseaux. L'iris est entièrement visible; la vue est devenue normale.

J. Roubleff.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

D' COURTADE

Ancien interne des hôpitaux

Sur un nouveau procédé de rendre le massage direct de la chaîne des osselets, avec la sonde à ressort de Lucœ, moins douloureux, par Kœnig (*Soc. de Laryngol. de Paris*, 1901). — Le contact du métal de la capsule de la sonde à ressort de Lucœ est douloureux quand on presse sur le manche du marteau pour en faire le massage.

M. Kœnig remplit cette capsule de paraffine qui forme un matelas moins rigide et moins désagréable.

A ce propos, nous avons rappelé que depuis plusieurs années nous nous servions d'un petit anneau de caoutchouc monté à l'extrémité d'un stylet pour faire le massage du tympan; la pression sur le manche du marteau à pour effet d'aplatir l'anneau, ce qui rend le massage très doux. Nous employons aussi un autre procédé qui consiste à garnir le stylet à ressort d'un morceau de caoutchouc ou d'y enrouler un peu d'ouate.

A. Courtade.

Indications de l'opération radicale mastoïdienne dans les cas d'otite moyenne purulente, par le Dr Vazquez Gomez (*Cronica Médica Mexicana*, n° 10, 1901). — Ce sont les suivantes :

1° obturation de la membrane de Shrapnell avec tuméfaction de l'extrémité interne du conduit auditif externe;

2° Douleur persistante au niveau de l'apophyse mastoïde;

3° Tuméfaction des parties molles qui couvrent l'apophyse mastoïde. Bien que dans quelques cas la simple incision suffise, l'opération radicale s'impose souvent;

4° Fongosités et fistules du conduit auditif externe, indiquant la carie des parois de l'oreille moyenne;

5° Fistule persistante ou récidivante derrière le pavillon, indiquant généralement une carie des parois de la caisse, de l'antre ou des cellules mastoïdes;

6° Otorrhée persistante et de mauvaise odeur. Les malades présentent parfois dans ces cas, des perturbations psychiques et l'opération améliore ces perturbations;

7° Notable et brusque diminution ou cessation absolue de l'otorrhée. Ce phénomène est considéré comme un indice d'infection des parties profondes.

F. Berini.

Pathologie et traitement de l'otite externe. (*Wiener med. Wochenschrift*, 22 février 1902). — Reissmann recommande, après incision et évacuation du pus, dans le cas de *furonculose de l'oreille externe*, un pansement à la gaze dermatolée : le 2e jour, il introduit de la gaze stérilisée imbibée de : liqueur de Burow, 1 ; eau distillée, 4.

Dans les cas où l'incision est refusée, on peut introduire une mèche de gaze imbibée d'une solution d'acétate d'alumine. Il arrive souvent qu'après une poussée d'otite externe folliculaire de ce genre, le conduit auditif se dessèche ; le cérumen devient grumeleux et irrite le conduit. On fera bien, dans ces cas, de faire des injections à l'eau oxygénée à 6 0/0, et de calmer ensuite le prurit par l'application de la pommade suivante :

Oxyde de zinc.....	} ãã	5 grammes
Talc de Venise....		
Vaseline.....		15 —

Usage externe.

L'otite externe diffuse, avec desquamation de l'épithélium, sera traitée par la liqueur de Burow (*voir ci-dessus*) ; cette manœuvre permettra l'extraction des masses qui encombrent le conduit.

L'appareil réfrigérant de Leiter servira à combattre les phénomènes congestifs. Les points ulcérés seront cautérisés tous les jours avec une solution de nitrate d'argent (1 à 10 0/0). Plus tard, pansement avec la pommade ci-dessus.

Il arrive que l'otite est entretenue par la présence d'un *corps étranger* ignoré du malade, et que l'on n'arrive pas parfois à voir facilement. L'auteur cite un cas très démonstratif de ce genre, où un morceau d'allumette était implanté dans le conduit, tout près du tympan.

E. Vogt.

Maladies vénériennes Maladies de la Peau

D' MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux

Traitement des acnés profondes (*Gaz. des Hôpitaux*, 25 mars 1902). — Nous retenons, d'une étude très documentée de Leredde, le chapitre ayant trait aux acnés profondes; l'analyse

de l'article tout entier, qui embrasse toutes les formes d'acné, nous entraînerait trop loin.

Lorsque l'acné est compliquée de papules, de pustules et de nodules profonds, le médecin doit *toujours* essayer de faire un traitement énergique. La thérapeutique la plus brutale est la meilleure, quand elle peut être supportée, *ce qui est la règle*, et elle donne des succès remarquables dans des cas qui paraissent rebelles lorsqu'on ne sait pas la manier.

Cette thérapeutique brutale repose sur l'emploi du traitement exfoliant.

La méthode exfoliante est destinée à produire une inflammation aiguë, mais passagère, du derme et du corps muqueux, inflammation aiguë, qui sera suivie d'une décongestion passagère ou durable suivant l'intensité de la réaction et le cas particulier pris et traité. L'inflammation se caractérise par de la rougeur, du gonflement; au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures paraissent des squames épaisses, d'abord humides, qui se dessèchent, puis tombent en quelques jours; c'est une véritable exfoliation.

On peut se servir dans ce but de pâtes et de lotions : parmi elles l'auteur préfère la pâte suivante :

Axonge benzoïnée....	28	grammes
Oxyde de zinc.....	10	—
Ceyssatite.....	2	—
Résorcine.....	40	—

On l'applique tous les huit jours sur la peau, après un savonnage léger; on laisse en place quinze à vingt, vingt-cinq minutes suivant le cas, même quarante minutes. Mais il est tout à fait dangereux de prolonger autant l'application d'emblée et on ne doit arriver à la faire aussi longue que peu à peu, en augmentant chaque fois la durée de cinq minutes, par exemple. Il est nécessaire, dans les cas difficiles, d'agir très profondément, et par suite de tâter la sensibilité de la peau du malade, pour tâcher d'avoir sans effets nuisibles le maximum d'effets utiles. Le traitement exfoliant sous cette forme se heurte à plusieurs difficultés : les préparations doivent être appliquées par le médecin, il est nécessaire de voir le malade assez souvent pour juger de l'effet produit, de l'intensité des réactions inflammatoires et de la possibilité d'augmenter la durée des applications sans danger pour la peau. L'exfoliation, quand on la fait assez énergique pour obtenir un résultat important, et il est presque toujours, sinon toujours, nécessaire de la faire telle, surtout si l'on veut aller vite, constitue à vrai dire un traitement d'hôpital ou de maison de santé.

Les résultats du traitement sont des plus actifs : l'auteur a vu souvent des malades, qui pendant un temps fort long avaient soigné leur acné sans résultat appréciable, presque guéris après cinq ou six applications exfoliantes. Une fois le nettoyage principal terminé, on peut revenir à une thérapeutique douce, mais l'auteur croit qu'il vaut mieux espacer les séances d'exfoliation; chez beaucoup d'acnéiques, il suffit d'en faire une tous les deux ou trois mois pour maintenir la peau dans un état parfait au point de vue esthétique.

Le soufre a une action trop superficielle pour guérir les acnés tant soit peu profondes. Si l'on veut obtenir une amélioration sérieuse, il faut le combiner à un traitement kératolytique. Mais même de cette manière, on n'atteindra que rarement la guérison, qui résultera au bout de plusieurs années de l'évolution spontanée de la maladie, mais le malade aura été obligé de se soigner d'une manière presque continue pendant plusieurs années.

Le traitement par les mercuriaux, quand il est pratiqué avec énergie, a une action plus profonde que le traitement soufré et peut être employé dans l'acné pustuleuse. On emploiera les emplâtres, qui sont le moyen le meilleur quand on recherche une action profonde sur la peau; l'emplâtre de Vigo en particulier, à condition qu'il soit d'une excellente qualité.

Quant à l'ouverture des pustules au galvanocautère ou au scarificateur, qui doit être suivie d'une expression douce destinée à les vider, il peut arriver qu'elle soit nécessaire. Mais l'important chez les acnéiques est d'empêcher les pustules de se reproduire et d'éviter ainsi non seulement la présence de lésions désagréables d'aspect, mais de cicatrices ultérieures définitives. L'exfolation permet d'obtenir ce résultat; quant à l'ouverture des pustules, elle ne constitue qu'un moyen palliatif, c'est le traitement d'un accident mais non le traitement de l'acné.

Les cas les plus difficiles à traiter ne sont pas ceux d'acné profonde, car celle-ci ne s'observe guère que chez des malades dont la peau est résistante et peut parfaitement supporter le traitement le plus énergique, mais des cas d'acné de moyenne intensité, étendue, chez des sujets dont la peau est fine, chez lesquels l'état séborrhéique est modéré, presque toujours des jeunes filles ou des jeunes femmes.

Dans ce cas, l'expérience du médecin jouera un rôle essentiel, il devra souvent faire, s'il veut réellement guérir le malade, un traitement assez actif, par le soufre et les kératolytiques, mais de préférence des applications assez éloignées les unes des autres. Dans l'intervalle des applications, on fera usage de tous les agents destinés à décongestionner la peau, des poudres

(talc, lycopode, amidon), des pâtes de zinc lorsque l'irritation sera apparente.

Oxyde de zinc..... } ãã
Amidon..... }
Huile de lin..... }
Eau de chaux..... }

On pourra aussi faire des applications de préparations plus fortes pendant quelques heures seulement.

E. Vogt.

Utilisation, dans le traitement des affections cutanées, de deux dérivés du pyrogallol (lénigallol, eugallol) par Poor, (*Orvosi Hétilap*. déc. 1901. — Le *lénigallol ou triacétate de pyrogallol* est une poudre blanche, insoluble dans l'eau, que l'auteur a expérimentée dans le but d'obtenir les effets thérapeutiques du pyrogallol en évitant les propriétés caustiques de ce dernier.

Dans ces 25 cas d'eczéma et 14 cas de toxodermies, le topique a été employé.

Dans *l'eczéma suintant aigu* la pâte de zinc additionnée de 5 à 15 0/0 de lénigallol a exercé une action siccative remarquable : dans un cas d'*eczéma pustuleux prurigineux*, la guérison fut obtenue en 15 jours. Dans l'*eczéma en placards*, et les *eczémas secs* et *squameux*, les effets sont moins marqués et il y a lieu de recourir, concurremment à ce topique, aux préparations de goudron, etc. Dans *l'eczéma kératosique des mains*, le lénigallol exerça une action kératolytique indéniable à doses élevées.

Dans deux cas de *pityriasis rosé*, la vaseline additionnée de 20 à 30 0/0 de lénigazoll a amené la guérison complète de 10 jours environ.

En résumé, le lénigallol est un antiprurigineux et un siccatif énergique; il devient kératolytique aux doses de 30 à 50 0/0. L'action se limite aux points malades et l'on n'observe jamais d'intoxication.

L'*eugallol* ou *monoacétate de pyrogallol* est un liquide sirupeux qui se prête spécialement aux badigeonnages, et qui est livré au commerce additionné de 33 0/0 d'acétone, dans le but d'augmenter sa fluidité. Au moment de l'application, l'acétone s'évapore et l'on obtient ainsi un vernis adhérent à la peau.

Dans 5 cas de *psoriasis atypique*, forme moins tenace que le psoriasis vulgaire, il a suffi de 15 jours de badigeonnages à l'eugallol pour obtenir la guérison.

Dans 6 cas de *psoriasis nummulaire*, 6 de *psoriasis punctata* et 7 de *psiorasis invétéré*, les effets ont été plus prompts qu'avec les autres topiques usuels : 2 cas de *lupus érythémateux discoïde* ont guéri en 24 et 31 jours. Ce résultat remarquable demande à être contrôlé sur un plus grand nombre de cas.

En résumé, l'eugallol semble représenter l'antipsoriasique le plus maniable et le plus actif : il a sur la chrysarobine l'avantage de n'être pas irritant et sur l'acide pyrogallique celui de ne jamais provoquer d'intoxication.

Il va sans dire que l'eugallol, pas plus que les autres antipsoriasiques, ne met à l'abri des récidives.

E. Vogt.

Traitement des ulcères de jambe par la méthode de Unna, par le Dr Luiz del Portillo (*Revista Medica di Sevilla*, 15 mars 1902). — L'auteur loue les bons effets obtenus par cette méthode dans les cas d'ulcère de la jambe qu'il a eu occasion de traiter. Voici la méthode :

On lave la jambe avec de l'eau tiède et du savon et après l'avoir essuyée complètement, on le couvre sur toute son étendue excepté sur l'ulcère, avec de la colle à l'oxyde de zinc, dont voici la formule :

Oxyde de zinc..... } ãã 10 grammes
Gélatine pure..... }
Glycérine..... } ãã 40 grammes
Eau distillée..... }

Après avoir bien nettoyé l'ulcère, on le saupoudre d'iodoforme finement pulvérisé qu'on recouvre ensuite de gaze iodoformée : pardessus, une couche d'ouate. Avant que la colle ait séché, on applique sur tout le membre un bandage de tartalane amidonnée qu'on a humectée auparavant avec de l'eau chaude.

Le premier pansement ne sera renouvelé que deux ou quatre jours après, selon l'intensité de la sécrétion de l'ulcère; au bout de quelques jours on peut laisser le bandage pendant huit à quinze jours sans inconvénient. Pour retirer celui-ci, le mieux est de tremper la jambe dans un récipient plein d'eau chaude.

Sous l'influence de ce traitement, les douleurs provoquées par la marche disparaissent et la méthode a l'avantage de permettre au malade de vaquer à ses occupations habituelles.

F. Berini.

Ulcère serpigineux de la plante du pied guéri par l'électrolyse et la galvano-cautérisation, par le Dr Federico Abrego (*Cronica Medica Mexicana*, n° 10, 1901). — Dans le cas traité par l'auteur, il s'agissait de deux ulcères à bords fongueux, de couleur pâle et étant le siège de douleurs lancinantes, devenant continues à la pression. Tout autour une grande portion de la plante du pied était le siège de douleurs vives.

La pédieuse battait normalement, mais il existait un athérome généralisé. Il n'y avait

pas trace de syphilis ni de scrofule et le système nerveux ne présentait pas d'anomalies.

L'auteur croit qu'il s'agissait d'un *Rodent ulcer* semblable à celui qui a pour siège la cornée.

Le malade, fatigué de tous les topiques et antiseptiques, se décida pour l'électrolyse : une aiguille communiquant avec le pôle positif fut introduite au centre de l'ulcère : avec l'aiguille négative on fit des cautérisations sur la plante du pied, dans les points avoisinant l'ulcère.

La douleur diminua dès la première application et la couleur des fongosités pâlit beaucoup. En présence de ce succès, l'auteur fit encore quelques applications galvano-caustiques.

Trois semaines après la première séance le malade était guéri.

F. Berini.

Traitement des ulcères récidivants de la jambe (*Gazette des hôpitaux* 4 février 1902). — M. Thévenot (de Lyon), rapporte un cas de la clinique de M. Poncet où un ulcère de la région malléolaire externe, chez une femme, lésion d'origine traumatique et indépendante de toute influence variqueuse, ne put guérir définitivement que par *l'élongation du sciatique poplité externe et la résection partielle du saphène externe*. Dans cette intervention, nous voyons que l'opérateur, en même temps qu'il se décida à agir sur le tronc du sciatique poplité externe dans le creux poplité et à sectionner le nerf saphène externe à son point d'élection, put également réaliser la section de la veine saphène externe dilatée entre deux ligatures. Il termina par un curetage de l'ulcère, qui, pratiqué seul, avait échoué auparavant. La guérison fut obtenue.

Les troubles trophiques de la peau, signalés dans les intervalles de guérison apparente indiquent l'influence variqueuse, plus que ne semble l'admettre l'A. On peut donc se demander si la ligature veineuse n'aurait pas suffi à obtenir un aussi bon résultat.

A. Benoit.

Sur les inconvénients du traitement mercuriel intensif dans la paraplégie spasmodique syphilitique, par Brissaud et Marie (*Société médicale des Hôpitaux*, 7 mars 1902). — Bien que la paraplégie spasmodique syphilitique soit un accident relativement récent de la syphilis (elle survient ordinairemeut dans les trois premières années) et que les individus atteints soient des sujets jeunes, semblant pouvoir supporter admirablement un traitement même intensif, Brissaud et Marie ont pu constater que la paraplégie syphilitique ne guérit pas par un traitement intensif; que non seulement elle ne guérit pas, mais même qu'elle empire par ce traitement.

On voit, en effet, sous l'influence de la mercurialisation, des malades qui marchaient mal à la vérité, mais qui marchaient, perdre des forces et se trouver obligés de garder le lit; les mouvements de flexion des membres inférieurs deviennent encore plus précaires, et parfois sont entièrement abolis.

A cela se joint pour les malades un état de malaise physique et moral assez pénible.

Comme conclusion, Brissaud et Marie conseillent chez un malade, tout à fait au début de l'affection, d'employer le traitement intensif; mais, quand on l'aura pratiqué à une ou deux reprises, il conviendra de s'armer de prudence et ne reprendre ensuite la mercurialisation que discrètement.

Chez un malade qui, après une très courte période prodromique, a été brutalement frappé d'une brusque paralysie des quatre membres ou d'une paraplégie avec hémiplégie, il convient encore de faire immédiatement une ou deux séries de traitement mercuriel intensif, car on voit, en général, soit sous l'influence du traitement, soit par suite d'une tendance spontanée indéniable vers la guérison, les phénomènes paralytiques et les troubles vésicaux s'amender, au bout, de quelques semaines, dans des proportions considérables. C'est seulement dans les périodes les plus avancées de la maladie, lorsqu'au bout de dix-huit mois ou deux ans, celle-ci a évolué vers la chronicité, que l'on doit se tenir en garde contre les méfaits d'une mercurialisation intense.

G. Lyon.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. Blondel,

Chef du Laboratoire de la Maternité, à l'hôpital de la Charité

Traitement opératoire du prolapsus utérin, par S. Alexandrov (*Meditzinkoïé Obozr*, 1901, septembre). — Le procédé proposé par l'auteur et qui au prime abord, ressemble un peu à celui de Wertheim, est le suivant:

L'utérus étant bien abaissé, on taille, à 2, 3 centimètres du méat, un lambeau semi-ovalaire comprenant toute la paroi antérieure du vagin dont la limite inférieure, transversale, se trouve sur le col. On décolle ensuite la paroi vésicale de la paroi utérine, et l'on détruit leurs adhérences possibles jusqu'au repli péritonéal vésico-utérin. On introduit un speculum qui isole la vessie et met à nu le repli séreux qu'on saisit

avec une pince et qu'on incise. On amène au dehors le fond de l'utérus à l'aide des pinces Muzeux par l'espace de Douglas ouvert. On tend la séreuse de cet espace au maximum et on enlève aux ciseaux le surplus; après quoi on suture les bords de la séreuse coupée aux parties latérales et postérieures de l'utérus aussi bas que possible. L'utérus se trouve alors en dehors du péritoine; son fond et son corps sont alors placés dans la loge, mise à nu, de la paroi vaginale antérieure où on les fixe à l'aide de fils de suture séparés qui serrent ce qui reste des parois du vagin. Les trompes et les parois latérales de l'utérus sont couvertes par la muqueuse vaginale et seule une partie de sa paroi antérieure est dénudée. Par conséquent, le fond et le corps remplacent la paroi antérieure du vagin et le col vient s'appuyer contre le cul-de-sac postérieur qu'il soulève comme le ferait un pessaire, et il s'oppose ainsi à l'action de la pression intra-abdominale; s'il y a lieu, on termine par une colpopérinéorrhaphie.

Il va de soi que cette opération n'est possible qué chez les femmes qui sont à la ménopause.

Elle est presque exsangue; elle ne présente aucun danger pour la malade étant presque complètement extrapéritonéale. On pourrait la désigner comme *fixation vaginale extrapéritonéale de l'utérus*.

L'auteur a recouru à ce mode opératoire dans six cas et obtenu de très bons résultats.

R. Blondel.

Emploi du chlorhydrate d'héroïne en gynécologie (*Die Heilkunde*, février 1902). — Elischer de Buda-Pest, s'est servi, pour calmer les douleurs de cause et de siège multiples observées en gynécologie, dans 20 cas de l'héroïne, sous forme de solution à 1/1000 dans la glycérine. On introduit un tampon imbibé de cette solution dans le vagin, de façon à faire absorber 0,01 à 0,015 grammes de substance active.

Dans un premier groupe de malades, il s'agissait de combattre des douleurs attribuables à une irritation du péritoine pelvien. (Périmétrite blennorrhagique, salpingite, exsudats, etc.). L'introduction de tampons à l'héroïne procura pour plusieurs heures (48 heures dans un cas), la disparition des douleurs qui dans plusieurs cas avaient résisté à d'autres procédés thérapeutiques.

Dans un second groupe, l'auteur range les carcinomes utérins inopérables, dont 6 cas ont été observés; les tampons à l'héroïne mis en place pendant 1/2 à 1 heure, ont fait disparaître les douleurs pour un laps de temps de 12 à 15 heures.

Dans un cas, l'utérus tout entier était envahi, ainsi que les ganglions de l'aine : l'héroïne resta sans effet.

L'auteur n'a enregistré dans aucun cas le sentiment de courbature signalé par quelques observateurs. Dans aucun cas, le traitement n'a provoqué de l'irritation locale. Le chlorhydrate seul a été employé.

En résumé, l'héroïne constitue un analgésique très maniable, pouvant rendre de grands services au gynécologue.

E. Vogt.

Electricité dans les maladies de la femme, (*Therap. Mod. Russe*, n° 11, 1901). — Ratschinski, ayant, pendant longtemps, employé la méthode d'Apostoli, est arrivé à la conclusion que l'électrisation intra-utérine, d'après la méthode susindiquée, est excessivement incommode dans les fibro-myomes, lorsque la cavité utérine est irrégulière. D'un autre côté, en ce qui concerne le résultat définitif, l'auteur n'a jamais observé de diminution de la tumeur. Par contre l'électrothérapie donne de bons résultats dans l'aménorrhée et particulièrement dans les salpingo-oophorites.

Il est probable que l'électrisation possède également des propriétés bactéricides.

J. Roubleff.

Technique du Prof. Bergonié pour le traitement du symptôme hémorragie utérine, par M. Barret (*Arch. d'électr. méd.* 15 février 1902). — L'électrode sera toujours introduite dans la cavité utérine; son trajet intra-cervical sera rigoureusement isolé jusqu'au delà de l'orifice interne. Il est évident que ces conditions ne peuvent être remplies si on emploie les hystéromètres métalliques d'usage courant. La partie active de l'électrode doit être limitée, et d'une longueur telle qu'elle soit entièrement comprise dans la cavité du corps utérin.

L'opération se fait le plus souvent avec l'aide du spéculum ; c'est le spéculum de Fergusson qui est employé: ses parois isolent parfaitement le vagin, et grâce à la vive réflexion de la lumière sur la face interne, on aperçoit nettement le col et son orifice, et on peut les surveiller pendant toute la durée de la séance. L'électrode de charbon, choisie d'une grosseur appropriée aux dimensions présumées de la cavité utérine, est introduite dans la cavité cervicale, et poussée jusqu'à ce qu'on ait la sensation nette d'avoir dépassé l'orifice interne. Si le col est infranchissable, on pratique immédiatement la dilatation à l'aide des bougies d'Hégar. Cette dilatation extemporanée, qui n'a pas besoin d'être

considérable, est généralement rapide et peu douloureuse. Lorsqu'elle est impossible, on renonce à la galvanisation plutôt que de faire de l'électrolyse cervicale.

L'électrode active est reliée le plus généraement au pôle positif. Le Prof. Bergonié n'accorde pas, en effet, au choix de la polarité une importance considérable ; s'il préfère ordinairement le pôle positif, cette préférence n'a rien d'absolu.

L'intensité est élevée progressivement et lorsque l'utérus est tolérant, on ne craint pas d'atteindre dès la première séance 80 à 90 mA.; cette intensité n'est pas très souvent dépassée dans la suite ; elle reste ordinairement au-dessous de 100 ; il est rare qu'elle atteigne 150 m A. L'intolérance pour des intensités faibles, de 30 à 50 m A., fait soupçonner une lésion annexielle, et impose la suspension du traitement. Pendant le passage du courant, on imprime à l'électrode de légers déplacements dans le sens de la longueur et dans le sens transversal, de manière à atteindre autant que possible toute l'étendue des parois utérines. Les séances sont particulièrement prolongées, ce qui permet évidemment de produire une électrolyse profonde avec des intensités relativement modérées : leur durée atteint généralement un quart d'heure ; leur nombre et leur fréquence sont subordonnés à la persistance ou à la réapparition de l'hémorragie. On termine l'opération en plaçant au fond du vagin quelques tampons saupoudrés de salol, et on laisse partir la malade sans lui imposer aucun repos, aucun changement à sa vie habituelle ; M. Bergonié recommande même une marche modérée comme une condition plutôt favorable au maintien de l'hémostase.

E. Vogt.

Traitement des avortements et des accouchements prématurés répétés (*Therapeutique moderne russe*, n° 12, 1901). — Dans tous les cas où l'avortement ou l'accouchement prématuré ne peuvent être expliqués par les raisons habituelles, Kholmogoroff admet qu'on se trouve en présence de la syphilis et préconise les mesures préservatrices suivantes :

1° Pour arriver dans les cas de ce genre à obtenir des enfants vivants et bien portants, il faut soumettre la femme au traitement mercuriel et ioduré aux doses habituelles. Toutefois le traitement ioduré seul peut être souvent insuffisant pour arriver à avoir des enfants sains et nés à terme. D'un autre côté, le traitement mercuriel insuffisant et négligeamment poursuivi peut aussi avoir des conséquences incomplètes, c'est-à-dire que la grossesse sera un peu prolongée sans toutefois arriver à terme. De sorte que la femme mettra au monde un enfant vivant, mais peu apte à la vie. Au contraire, un traitement bien dirigé pendant une seule grossesse, suffit souvent pour que la femme mette au monde pendant plusieurs années de suite des enfants vivants et sains. Dans d'autres cas ce traitement ne sera salutaire que pour une seule grossesse, tandis que les grossesses suivantes se termineront de nouveau, soit par un avortement, soit par un accouchement prématuré. Il faudra donc dans les cas de ce genre recourir de nouveau au traitement spécifique.

Il y a des cas où l'on est obligé d'y revenir par trois fois.

2° Chez les femmes qui ont déjà subi pendant une grossesse le traitement spécifique et qui ont mis au monde un enfant sain, il faut, en cas d'une nouvelle grossesse, appliquer le traitement ioduré ; au contraire, chez les femmes qui, malgré le traitement ont accouché d'un enfant débile, il est plus prudent de recourir au traitement complet.

3° Lorsqu'on se trouve en présence d'une femme, ayant déjà fait des fausses couches et menacée d'un nouvel avortement, il faut commencer par lui administrer de l'iodure de potassium ; la période dangereuse passée, on administrera du mercure et enfin, vers la fin de la grossesse, de nouveau l'iodure de potassium.

On agit de même avec les femmes ayant déjà fait une fausse couche et redevenues enceintes.

J. Roubleff.

Pharmacologie

D' E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Faut-il préférer les vins vieux pour l'usage des convalescents et des malades ; par Crouzel (*Rép. de Pharmacie*. 10 mars 1902). — On a l'habitude de préférer pour les malades et les convalescents, le vin vieux au vin non dépouillé. L'auteur recherche si ce usage est rationnel.

Sous l'influence de l'oxygène, d'une part, et des acides organiques, d'autre part, une partie des éléments alcooliques du vin est transformée à la longue en aldéhydes, en éthers et autres dérivés. Divers produits carbonés provenant de la pellicule du raisin se modifient également, pour concourir à la constitution du bouquet. Selon les proportions respectives de ces composés organiques, les vins possèdent des pro-

priétés organoleptiques qui sont, pour le goût et l'odorat, des caractères signalétiques propres à les individualiser et à faciliter leur classement en crus.

On sait que les éthers composant le bouquet exercent sur le cerveau une excitation rapide, mais souvent fugace. C'est probablement ce qui a fait attribuer à tort aux vins vieux les titres de *généreux* et de *toniques*, qui conviennent plutôt aux vins non dépouillés, lesquels n'entêtent pas à un si haut degré. Ceux-ci sont plus réconfortants, par suite de l'action secondaire des sels insolubles (phosphates, tartrates, tanin et fer de la matière colorante). Une haute teneur en acide phosphorique et en potasse est un indice de qualité.

Ainsi donc, si le vin vieux paraît plus capiteux en avançant en âge, c'est par suite de l'augmentation de la proportion des éthers, et nullement à cause de l'alcool, qui reste stationnaire.

Il flatte le goût, mais il ne faut pas lui demander davantage.

Pour apprécier la valeur physiologique du vin, qui se confond ici avec la valeur thérapeutique, il faut se baser uniquement sur la richesse en phosphates, tartrates, fer, tanin. La proportion de l'alcool et des éléments constitutifs du bouquet n'entre pas en ligne de compte puisqu'on ne peut assigner à ces produits qu'une action excitante et peut-être stimulante.

Les vins vieux, de même que les vins blancs, dont ils se rapprochent par leur constitution chimique, ont pour caractère de congestionner et de surmener le système nerveux, d'impressionner les reins. Finalement, ils peuvent affecter la moelle épinière et provoquer des troubles généraux. C'est ce qui explique la faible tolérance des vins vieux par les personnes habituées à une ration moyenne de vin non dépouillé. Dans ce dernier le tanin agit, comme modérateur de l'absorption de l'alcool dans l'appareil digestif.

Le tartrate de potasse agit comme laxatif et aussi comme tonique musculaire. L'action génératrice de l'acide phosphorique sur la cellule vitale est trop connue pour la négliger ici. Enfin, le fer éminemment assimilable de la matière colorante du vin ne peut également que jouer un rôle utile et même prépondérant au point de vue physiologique.

Les mêmes raisons doivent servir de guide, si l'on considère le vin en se plaçant au point de vue thérapeutique.

Le pouvoir bactéricide du vin est en raison directe de sa teneur en acides. Pour la préparation du vin aromatique, on doit donc préférer le vin non dépouillé, puisque ses propriétés antiseptiques sont plus accentuées.

Au point de vue pharmacologique, pour la préparation du vin de quinquina, on doit préférer le vin rouge non dépouillé, qui est plus généreux, et aussi parce que, à degré alcoolique égal, les vins riches en acides donnent un produit plus stable.

En résumé, le *vin vieux* ne présente de sérieux avantages que pour l'usage des personnes atteintes de certaines affections gastriques (*hyperchlorhydrie*) ou dont l'estomac dilaté est le siège de fermentations acides anormales.

E. Voet,

L'hermophényl antiseptique et antisyphilitique, par Martinet (*Presse médicale*, 11 décembre 1902). — On sait que les composés mercuriels précipitent un grand nombre de substances organiques, notamment les albuminoïdes. Ils sont donc irritants pour les muqueuses, et leur emploi en injections hypodermiques ou intra-musculaires est douloureux : enfin le plus grand nombre est doué d'une toxicité élevée qui rend très étroite la « zone maniable ».

Les sels organiques, gallate, succinate, sulfovinate, etc., proposés pour éviter ces inconvénients ne diffèrent pas sensiblement à ce point de vue du sublimé.

Des composés organo-métalliques, salicylates et benzoates mercureux, égols, peptonates, etc., le plus grand nombre est inférieur au sublimé quant à la solubilité, la teneur en mercure, les propriétés antiseptiques.

Un nouveau composé organo-métallique, le mercure phénol disulfonate de sodium, paraît au moins en partie débarrassé desdits inconvénients, et semble de ce fait offrir un grand intérêt pratique : il a reçu le nom d'*hermophényl*.

L'hermophényl est une *poudre blanche très soluble dans l'eau* (22 0/0 à 15°).

Ses solutions ont perdu la saveur métallique des composés mercuriels ordinaires pour ne garder que la saveur salée des sels de sodium, elles ne précipitent ni par la soude, ni par l'acide chlorhydrique, ni par le sulfhydrate d'ammoniaque. Leur stabilité est suffisante pour que l'*on puisse les chauffer à l'autoclave à 120° pendant 20 minutes sans les altérer. Enfin elles ne précipitent pas l'albumine à froid.*

On pressent de suite combien ces diverses propriétés : grande solubilité, stérilisation possible, non-coagulation de l'albumine, pourront être précieuses dans la pratique.

Ses propriétés antivégétatives et bactéricides sont donc de premier ordre.

Il est dépourvu de propriétés irritantes et peut, en solution à 40 0/00, être mis en contact pendant quelques instants avec la peau,

les plaies et muqueuses sans déterminer d'accidents ; dans les mêmes conditions le contact prolongé avec la solution à 1/500, et même à 1 0/0, ne paraît présenter aucun inconvénient.

Enfin les solutions à 1/500 injectées sous la peau ou mieux dans le tissu musculaire sont facilement absorbées et ne déterminent ni induration persistante ni abcès.

Bérard a utilisé l'hermophényl en mèches, tampons, compresses, pour l'asepsie pendant les opérations, pour les drainages Mikulicz, pour le tamponnement du vagin. Dans ce cas, il se sert de gaze et de coton antiseptiques à 1 0/0 d'hermophényl, stérilisés par un séjour de 20 minutes à l'étuve. Le contact direct de ces compresses et de ces tampons avec les anses intestinales ou avec le péritoine pelvien durant l'opération n'a déterminé aucune réaction inflammatoire. Les résultats ont été les mêmes qu'avec la gaze iodoformée : l'avantage sur cette dernière est la possibilité de stérilisation à l'étuve.

Des *solutions d'hermophényl à* 1 0/0, 1/50 et même 1/30 ont été employées avec succès pour le lavage des yeux des enfants nouveau-nés.

Les solutions à 1 0/0 sont utilisables dans les pansements humides ; elles ne déterminent pas d'irritation appréciable sur la peau du sein et des téguments si fins du mamelon chez la femme, de la face et du cou chez les enfants.

Enfin l'hermophényl peut s'incorporer au savon sans perdre son pouvoir antiseptique et sa grande solubilité dans l'eau. Bérard s'est servi d'un *savon à* 1 0/0 *d'hermophényl* pour le lavage des mains et des cavités naturelles.

Reynès a expérimenté des injections hypodermiques sur 26 sujets syphilitiques. Il employait la solution aqueuse suivante :

Hermophényl	0 gr. 05
Eau distillée.....	10 grammes

dont il injectait chaque fois, tous les deux ou trois jours, 4 centimètres cubes représentant 8 milligrammes de mercure métallique.

Les injections, tant musculaires que sous-cutanées, surtout sous-cutanées, n'ont jamais donné lieu à aucun phénomène fâcheux, abcès ou indurations douloureuses ; elles se sont montrées absolument indolores.

Tous les accidents traités, les uns appartenant à la période primaire, les autres à la période secondo-tertiaire, ont été rapidement amendés ou guéris.

Pour cet auteur, l'hermophényl en injections sous-cutanées est appelé à prendre en thérapeutique une grande importance, étant donné la facilité de son maniement, son absence de toxicité et de coagulation, sa remarquable indolence et son incontestable efficacité.

E. Vogt.

Os carbonisés remplaçant l'iodoforme. (*Deutsche med. Wochenschrift* 20 mars 1902). — Frommer de Cracovie a repris, dans le service de chirurgie de l'hôpital Saint-Lazare, les expériences de Fraenkel, tendant à démontrer que l'effet curatif de l'iodoforme, dans les cas d'abcès tuberculeux, peut être obtenu aussi bien avec une émulsion à 10 0/0 de charbon d'os dans la glycérine.

Les expériences ont porté sur des tuberculoses osseuses, articulaires (avec ou sans fistules), des adénites suppurées, etc. Les injections intraarticulaires de l'émulsion ci-dessus n'ont pas donné de résultats bien encourageants : on observe très souvent un gonflement douloureux des tissus traités, de l'hyperthermie : les accidents ont duré dans quelques cas une quinzaine de jours : d'autres fois, un abcès aigu se forma et dut être incisé : ce phénomène peut même être considéré comme la règle dans les cas avec fistules. Les meilleurs résultats ont été enregistrés dans le traitement consécutif à la résection articulaire, ou après curettage de foyers ganglionnaires. Dans ce dernier groupe d'affections, on vit toutefois se former assez souvent des granulations pâles, saignant facilement.

Dans le service, on traite de préférence les tumeurs blanches par les injections de glycérine iodoformée. L'émulsion d'os carbonisés ne donna pas des résultats aussi satisfaisants que l'émulsion iodoformée : loin d'observer des améliorations on ne fut que trop souvent surpris par des aggravations sérieuses.

Si quelques auteurs ont noté des intoxications à la suite de l'emploi de l'iodoforme, cela tient, pour l'auteur, au fait qu'ils ont stérilisé leur émulsion. A l'hôpital Saint-Lazare, on se passe de toute stérilisation, et l'on n'a jamais enregistré d'infection locale, bien qu'on ait fait près d'un millier d'injections. L'iodoforme est lentement résorbé sous forme de combinaison iodée organique, car on retrouve l'iode dans l'urine pendant deux ou trois semaines après l'injection. L'emploi de substances indifférentes, comme le charbon d'os, ne saurait donc remplacer l'effet thérapeutique produit par l'iodoforme, et les expériences ont prouvé que ce charbon, excellent topique en présence des tissus sains (après curettage de ganglions par ex.), se montre manifestement inférieur, et souvent même dangereux en présence de fongosités tuberculeuses.

E. Vogt.

Benzoate de mercure par Désesquelles. (*Bulletin des sciences pharmaceutiques* mars 1902). — Le benzoate de mercure offre une propriété très importante; en solution dans le benzoate d'ammoniaque, il ne précipite pas les matières albuminoïdes du sérum sanguin. L'auteur a constaté aussi qu'il ne précipitait pas les matières albuminoïdes d'un liquide d'hydrocèle qu'il avait à sa disposition. Ce fait est des plus intéressants au point de vue thérapeutique. Car, en supposant que cette solution de benzoate de mercure benzo-ammoniacale soit faite par mégarde dans un vaisseau sanguin, aucune embolie n'est à craindre.

On peut dire que le pouvoir toxique du benzoate de mercure est sensiblement égal à celui du sublimé, en d'autres termes que le mercure combiné à deux résidus benzoïques est aussi toxique qu'à l'état de combinaison avec deux atomes de chlore. Mais à toxicité égale le benzoate de mercure solubilisé par le benzoate d'ammoniaque doit être préféré au sublimé pour les injections hypodermiques.

Comme tous les sels mercuriels solubles, le benzoate de mercure est un antiseptique puissant. Jusqu'ici il n'a été employé que dans le traitement de la syphilis, soit par la voie stomacale, soit en injections sous-cutanées.

Pour pratiquer ces injections l'auteur se sert de la solution suivante :

Benzoate de mercure.....	1 gr.
Benzoate d'ammoniaque neutre....	5 gr.
Eau distillée, q. s. pour un volume de.	100 cm³.

On peut ajouter à cette solution de 0 gr. 75 à 1 gr. de benzoate de cocaïne, pour la rendre moins douloureuse. Mais, si ces injections étaient prolongées un certain temps, elles pourraient donner lieu à de l'intoxication cocaïnique chronique.

On injecte quotidiennement 2 cm³ de cette solution benzo-ammoniacale, ce qui équivaut à 0 gr. 02 de benzoate de mercure. Mais, dans les cas graves. on peut augmenter la dose et M. A. Robin a injecté jusqu'à 0 gr. 05 de ce sel par jour.

Il faut continuer le traitement à la dose de 0 gr. 02 par jour pendant deux mois s'il est nécessaire. Mais il faut suspendre la médication si elle est mal supportée ou si les nodosités provoquées par ces injections ne laissent plus de place pour en pratiquer de nouvelles. Dans ce dernier cas, on remplace pendant un certain temps ces injections par l'ingestion de la même solution, ou d'une autre préparation mercurielle. Un malade a pu prendre jusqu'à soixante gouttes de cette solution sans éprouver le moindre trouble du tube digestif.

En instituant le traitement de la syphilis par les injections de benzoate de mercure, on obtient des résultats remarquables dans des cas de syphilis graves. Dans plusieurs cas, l'auteur ayant dû interrompre les injections après quelques jours de traitement par suite de circonstances indépendantes de ce traitement, et les ayant remplacées par l'ingestion de bichlorure de mercure, a vu les accidents syphilitiques qui avaient été enrayés se reproduire au bout de huit jours et céder à nouveau à quelques injections de benzoate de mercure. Un malade atteint de syphilis grave, chez lequel l'ingestion de protoiodure de mercure à la dose quotidienne de 5 centigr. ne donnant aucun résultat après huit jours de traitement, obtint avec quelques injections de benzoate de mercure une amélioration considérable. Ces faits comparatifs établissent de la façon la plus nette la supériorité d'action des injections mercurielles solubles dans certains cas. La même quantité de mercure, ou même une quantité de mercure inférieure, a une efficacité plus grande et plus rapide, lorsqu'elle est administrée par la voie hypodermique.

E. Vogt.

Photothérapie, (*Société des méd. de la Charité de Berlin*. 27 février 1902) Kreis fait ressortir en premier lieu l'effet hyperémiant du traitement par la lumière électrique, et l'action sur les glandes sudoripares. En outre, on constate une action sur les nerfs sensibles, car les malades arrivent à distinguer quelle est la couleur de la lumière employée, d'après les effets exercés sur le tégument cutané.

Il faut s'abstenir de traiter par la photothérapie les malades atteints d'artériosclérose.

Les effets sur les échanges intraorganiques sont beaucoup plus marqués avec l'incandescence : on a en conséquence abandonné la lampe à arc comme source de lumière.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

VÉGÉTATIONS

Traiter les affections qui précèdent et accompagnent fréquemment les végétations : uréthrite et vaginite blennorragiques; rectite blennorragique; plaques muqueuses etc. (lotions et injections avec des solutions de permanganate de potasse au 2000e; lotions avec la liqueur de van Swieten dédoublée).

Il faut en outre assurer l'isolement au moyen de tampons d'ouate hydrophile saupoudrés d'une poudre inerte.

Oxyde de zinc pulvérisé. }	ââ 10 grammes
Sous-nitrate de bismuth. }	
Poudre de talc.....	40 —

Les lotions faites avec des solutions de substances astringentes n'ont qu'une valeur relative, comme moyen curatif direct; on pourra cependant utiliser les lotions avec des solutions de sous-acétate de plomb (20/0), d'alun (5 0/0), de tanin (5 0/0 ou en solution sirupeuse, Tarnier) de résorcine (2 0/0), de nitrate d'argent (1 à 2 0/0).

Ont également une action douteuse les poudres astringentes d'alun, de sabine; elles ont surtout pour effet de rendre les végétations plus sèches, de les racornir, ce qui rend l'ablation plus facile. On peut prescrire des applications de la poudre suivante :

Alun..... }	ââ P. E.
Sabine.. ..... }	

Que l'on renouvellera deux ou trois fois par jour. Lesser recommande le mélange suivant :

Alun..... }	ââ 10 grammes
Sabine..... }	
Vaseline.....	
Essence de térébenthine.	5 —

Gemy un mélange à parties égales de poudre de sabine et d'acide salicylique.

Le perchlorure de fer pur, en badigeonnages, a été recommandé également.

La résorcine, incorporée au collodion, seule ou associée à l'acide salicylique, peut suffire à faire disparaître les végétations :

Collodion élastique.....	10 grammes
Résorcine.....	2 —
Acide salicylique.....	1 —

Appliquer quelques gouttes sur chaque papillome, après un lavage préalable avec :

Liqueur d'Hoffmann.... 20 grammes

3 ou 4 applications (une par jour) peuvent être suffisantes.

Habituellement on est obligé d'avoir recours aux CAUSTIQUES : acides sulfurique, nitrique, chromique, phénique, acétique, salicylique, nitrate d'argent.

L'acide sulfurique et l'acide nitrique ne sont pas recommandables, en raison des douleurs vives que provoque leur application et de la tendance à la diffusion.

L'acide acétique est fréquemment employé soit pur, soit associé à l'acide salicylique, à l'acide phénique:

Acide acétique.....	30 grammes
Acide salicylique.....	2 —
	(Ciro-Urriola).

Acide acétique.....	9 grammes
Acide phénique.....	1 —

Après quelques applications, saupoudrer la base d'implantation des végétations avec :

Tanin.....	15 grammes
Salol.....	10 —
Sous-nitrate de bismuth.	20 —

ou avec :

Carbonate de zinc..... }	ââ 9 grammes
Sous-nitrate de bismuth. }	
Résorcine.....	2 —
Poudre de talc.....	80 —

Le nitrate d'argent est insuffisant, le nitrate acide de mercure expose aux dangers d'intoxication mercurielle.

Quant aux autres caustiques : chlorure de zinc, pâte de Vienne, etc., ils produisent des pertes de substances étendues qui contre-indiquent également leur emploi.

L'ABLATION DES VÉGÉTATIONS est le traitement de choix. On n'a recours au thermocautère ou au galvanocautère que si l'on craint une perte de sang abondante (femmes enceintes) ou si les végétations sont anciennes, avec pédicule volumineux.

Dans les autres cas on pratique l'excision au ciseau ou encore le raclage avec une curette de Volkman.

On peut supprimer la douleur, d'ailleurs légère par un stypage préalable avec le chlorure de méthyle.

La compression suffit à arrêter l'hémorragie; on peut aussi toucher la base des végétations avec un tampon imbibé d'eau oxygénée ou d'une solution concentrée d'antipyrine. Pansement humide ultérieur.

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Hôpital de la Pitié. — Quatre médecins de la Pitié se sont réunis pour instituer, dans cet hôpital, un enseignement tel que, chaque matin, les étudiants puissent entendre une ou deux leçons faites sur une branche spéciale de la pathologie. Cet enseignement n'est pas seulement théorique; une large part est réservée à la pratique, aussi bien dans les salles de maladies que dans les salles des consultations spéciales, en ce qui concerne les maladies de la nutrition, les affections du système nerveux, la dermatologie, la gynécologie médicale. Les élèves seront mis à même de suivre les examens cliniques, les soins donnés dans les divers cas, en même temps que des leçons théoriques.

Maladies du système nerveux. — M. Babinski commencera des conférences cliniques sur les maladies du système nerveux le *samedi* 3 mai, à 10 h. 1/2, et continuera tous les *samedis* suivants.

Dermatologie. — M. J. Darier (1).

Samedi 9 h. 1/4. Amphithéâtre. Leçons cliniques et théoriques sur les maladies de la peau.

Lundi et *Vendredi* 9 h. 1/4. Salle des consultions spéciales. Consultations dermatologiques.

Mardi 10 h. Salle Piorry. Opérations dermatologiques.

Gynécologie médicale. — M. Paul Dalché commencera des leçons de gynécologie médicale. le *Lundi* 21 avril à 10 h. 1/4, et continuera les *lundis* suivants.

Objet du cours : La Puberté.

Mardi 9 h. Salle Cruveilhier. } Maladies des femmes
Mercredi 9 h. Salle des consultations spéciales..... }

(1) L'enseignement de M. Darier ne commencera qu'à une date ultérieure et sera annoncé par une affiche spéciale.

Vendredi 9 h. Salle Monneret. Clinique générale.

Maladies de la nutrition. — M. Albert Robin reprendra ses leçons de clinique thérapeutique. le *mercredi* 16 avril à 10 heures, et les continuera les *mercredis* suivants. Objet du cours : Thérapeutique des maladies de la Nutrition.

Jeudi 9 h. Salle des Consultations spéciales. Diagnostic des maladies de la nutrition. Dr Michel, assistant.

Samedi 9 h. Salles Serres et Valleix. Présentation de malades avec discussion du traitement.

Contagiosité du cancer. — La commission du budget de la Chambre des députés de Prusse a entendu un rapport du commissaire du gouvernement, résumant les résultats obtenus par le comité spécialement chargé de l'étude des affections cancéreuses. Cette commission a réuni 12.000 cas, et les conclusions qu'on peut tirer de cette enquête sont les suivantes :

Le cancer n'est pas héréditaire, mais contagieux :

Le cancer est plus spécialement localisé sur certains points du territoire. La contagion ne s'effectue pas par les substances végétales, mais probablement par les animaux (chiens et chats par exemple), fréquemment atteints de cancer. Les chevaux et les bovidés sont rarement atteints.

Il a été décidé de créer, à la Charité de Berlin, deux baraques dont le Pr v. Leyden aura la direction et qui serviront de station d'études.

Des souscriptions particulières ont permis de réunir 150.000 marks, pour une durée de trois ans; elles permettront de fonder un Institut pour l'étude du cancer, qui sera érigé à Francfort-sur-Mein.

La commission de la Chambre a accepté les chapitres relatifs à ces propositions.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement des maladies contagieuses de l'appareil générateur, par le Dr F. Burrt, Secrétaire général de la Société de Médecine de Paris, un vol, in-18 jésus de 228 pages, prix..... ..... 4 fr.
à la Société d'éditions scientifiques, F. R. de Rudeval et Cie, 4, rue Antoine-Dubois, à Paris.

Essai de sémiologie urinaire, méthodes d'interprétation de l'analyse urologique ; l'urine dans les divers états morbides, par Camille Vieillard, pharmacien, membre de la Société chimique de Paris, un volume in-8° de 370 pages..... 6 fr.
à la Société d'éditions scientifiques et littéraires, 4, rue Antoine-Dubois à Paris.

L'urologie médicale comporte deux parties bien distinctes : l'analyse chimique de l'urine, d'une part, et, de l'autre, son interprétation clinique. C'est à la première partie de ce programme que répond l'ouvrage, de M. Vieillard publié antérieurement sur *l'urine humaine*.

L'essai de sémiologie urinaire, du même auteur, a pour but de compléter son premier livre et de préciser les règles de l'interprétation de l'analyse chimique. C'est dire que ce nouveau livre s'adresse plus spécialement au corps médical ; aussi, paraît-il sous les auspices d'un des maîtres incontestés de la médecine moderne, M. Albert Robin, qui a bien voulu écrire la preface de cet ouvrage. Le livre de M. Vieillard condense un grand nombre de notions jusqu'ici éparses dans des mémoires originaux et est appelé à rendre aux médecins le très grand service de les éclairer sur les ressources qu'ils doivent tirer de la sémiologie urinaire. Il complète très pratiquement son ouvrage de l'*Urine humaine*, qui est plus particulièrement consacré à la technique de l'urologie.

En résumé, M. Vieillard a fait une œuvre utile, qui vient bien à son heure et qui aura certainement auprès du public médical le succès qu'elle mérite.

Conférences pour l'Internat des hôpitaux de Paris, par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux, 30 fascicules gr. in-8 de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule, 1 fr, (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

MM. Saulieu et Dubois, qui ont publié les *Conférences de l'Externat*, continuent la série commencée, en publiant les *Conférences de l'Internat*, destinées aux élèves plus avancés dans la carrière des concours.

Ici, il est exigé de la part du candidat une méthode plus savante, une abondance plus grande de détails, une pénétration plus approfondie du sujet : il faut classer les notions acquises et les adapter à un cadre déterminé.

Ces conférences sont des schémas de questions, des plans très développés, des questions quelquefois complètement traitées : les divisions ont été multipliées à dessein pour permettre une récapitulation rapide et une facile vue d'ensemble.

Chaque conférence comporte quelques conseils destinés à mettre en valeur des points particulièrement importants.

Un index bibliographique indique les travaux auxquels l'étudiant devra se reporter s'il désire développer telle ou telle partie du sujet.

C'est à dessein que les auteurs ont renoncé à la pensée de séparer les questions d'Anatomie et de Pathologie ; ils ont cru préférable de réunir en un même fascicule tout ce qui concerne l'un ou l'autre point de vue.

Nlle Imprimerie H. Lesnier dir., 35-37, rue St-Lazare. Paris

Le Propriétaire-Gérant : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Règlement général du XIVe Congrès International de Médecine. — Article premier. — Le XIVe Congrès International de Médecine se réunira à Madrid, sous le patronage de SS. MM. le Roi D. Alphonse XIII et son Auguste Mère la Reine Régente, dans les jours du 23 au 30 avril 1903.

La séance d'ouverture aura lieu le 23 avril et celle de clôture le 30 avril.

Le but du Congrès est exclusivement scientifique.

Art. II. — Le Congrès se composera des médecins, pharmaciens, vétérinaires et autres personnes exerçant une des différentes branches des sciences médicales, nationaux et étrangers, qui se seront inscrits comme membres du Congrès et qui auront versé la cotisation correspondante.

Pourront également faire partie du Congrès, aux mêmes conditions et avec les mêmes droits comme les médecins, tous ceux qui, étant en possession d'un titre professionnel ou scientifique, désirent assister et prendre part aux travaux du Congrès, ainsi que les représentants de la presse.

Art. III. — Le montant de la cotisation sera de 30 pesetas.

Cette somme doit être versée, au moment de l'inscription et à partir de ce jour jusqu'à l'ouverture du Congrès, au Secrétariat général (Faculté de Médecine, Madrid) lequel remettra à l'intéressé sa carte d'identité respective; cette carte servira de document pour pouvoir profiter de tous les avantages réservés aux Congressistes.

Art. IV. — Les Comités nationaux et étrangers peuvent recevoir les cotisations de leurs adhérents et quand ils les transmettront au Secrétariat général, celui-ci leur enverra les cartes d'identité correspondantes au nombre des membres inscrits.

Les Comités étrangers recevront les inscriptions de leurs nationaux jusqu'au 20 mars 1903; après cette date toutes les adhésions et cotisations doivent être adressées directement au Secrétariat général du Congrès.

Art. V. — Chaque Congressiste doit, au moment de verser sa cotisation, faire parvenir au Secrétariat général, soit directement, soit par l'entremise du Comité respectif, une note indiquant exactement et lisiblement son nom, qualité et titres, ainsi que son adresse, (1) en accompagnant ces indications de sa carte de visite.

Art. VI. — Les membres du Congrès qui auront rempli les conditions prescrites, auront droit de prendre part à tous les travaux, de présenter des communications verbales ou écrites, d'intervenir dans les discussions, de donner leur vote dans les questions soumises à votation et de participer à tous les avantages réservés aux Congressistes.

Art. VII. — Ils auront en outre droit à un résumé général des travaux du Congrès et à un exemplaire du compte rendu in extenso des travaux de la section à laquelle ils se seront fait inscrire. Les membres qui désireraient recevoir plusieurs volumes ou la collection complète des comptes rendus, devront pour chaque volume verser une somme qui sera fixée ultérieurement, mais qui ne pourra pas excéder le prix de l'impression. — Les souscriptions aux volumes seront reçues au Secrétariat général jusqu'à la clôture du Congrès.

1. Pour les inscriptions, ainsi que pour la présentation des communications, on se servira des imprimés spéciaux que le Secrétariat général enverra à tous les intéressés.

Les Congressistes qui auront présenté des communications écrites dans plusieurs sections, et celles-ci ayant été admises par la Commission chargée de leur examen, recevront également les volumes de ces sections sans aucun payement.

Art. VIII. — Les comptes rendus du Congrès seront remis aux Congressistes qui y auront droit, aussitôt après leur publication.

Art. IX. — Le Congrès sera divisé dans les sections suivantes :

1° Anatomie (Anthropologie, Anatomie comparée, Embryologie, Anatomie descriptive, Histologie normale et Tératologie); 2° Physiologie, Physique et Chimie biologiques; 3° Pathologie générale, Anatomie pathologique et Bactériologie; 4° Thérapeutique, Pharmacologie et Matière médicale; 5° Pathologie interne; 6° Neuropathies, Maladies mentales et Anthropologie criminelle; 7° Pédiatrie; 8° Dermatologie et Syphiligraphie; 9° Chirurgie et opérations chirurgiques; 10° Ophtalmologie; 11° Otologie, Rhinologie et Laryngologie; 12° Odontologie; 13° Obstétrique et Gynécologie; 14° Médecine et Hygiène Militaire et Navale; 15° Hygiène, Epidémiologie et Science Sanitaire technique; 16° Médecine légale.

(*A suivre*)

FÉLIX ALCAN, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, Paris, 6e

COLLECTION MÉDICALE

Volumes in-12, cartonnés à l'anglaise, à 4 francs et à 3 francs

(franco contre mandat-poste)

Manuel d'électrothérapie et d'électrodiagnostic, par le Dr E. Albert-Weil, chargé du service d'électrothérapie à la clinique chirurgicale infantile de l'hôpital Trousseau, avec 80 gravures ..... 4 fr.
L'Hystérie et son traitement, par le Dr Paul Sollier ..... 4 fr.
La profession médicale, *Ses Devoirs, Ses droits*, par le Dr Morache, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bordeaux ..... 4 fr.
Les maladies de l'urèthre et de la vessie chez la femme, par le Dr Kolischer, traduit de l'allemand par le Dr O. Beuttner ..... 4 fr.
L'Instinct sexuel, *Evolution, Dissolution*, par le Dr Ch. Féré, 2e édition ..... 4 fr.
L'Education rationnelle de la Volonté, *son emploi thérapeutique*, par le Dr P. E. Lévy, préface de M. le Professeur Bernheim, 3e édition ..... 4 fr.
Manuel théorique et pratique d'accouchements, par le Dr A. Pozzi, avec 138 grav. 2e éd. 4 fr
La mort réelle et la mort apparente, nouveaux procédés de diagnostic et traitement de la mor apparente, par le Dr S. Icard, avec gravures (*récompensé par l'Institut*) ..... 4 fr.
L'idiotie, *Psychologie et éducation de l'idiot*, par le Dr J. Voisin ..... 4 fr.
La famille nevropathique, *Hérédité, prédisposition morbide, dégénérescence*, par le Dr Ch. Féré, avec gravures, 2e édition ..... 4 fr.
Manuel de percussion et d'auscultation, par le Dr P. Simon, avec 48 gravures ..... 4 fr.
Eléments d'anatomie et de physiologie génitales et obstétricales, par le Dr A. Pozzi, avec 219 gravures ..... 4 fr.
Le traitement des aliénés dans les familles, par le Dr Féré, 2e édition ..... 3 fr.
Morphinomanie et morphinisme, par le Dr P. Rodet (*couronné par l'Académie de Médecine*) ..... 4 .

HYGIÈNE

Le phtisique et son traitement hygiénique, par le Dr E.-P. Léon Petit, avec 20 gravures (*couronné par l'Académie de Médecine*) ..... 4 fr.
Hygiène de l'alimentation dans l'état de santé et de maladie, par le Dr J. Laumonier, avec gravures, 2e édition ..... 4 fr.
L'alimentation des nouveau-nés. *Hygiène de l'allaitement artificiel*, par le Dr S. Icard, avec 60 gravures (*couronné par l'Académie de Médecine*) ..... 4 fr.
L'hygiène sexuelle et ses conséquences morales, par le Dr S. Ribbing ..... 4 fr.
Hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens, par le Dr F. Lagrange, 7e éd. 4 fr.
De l'exercice chez les adultes, par le Dr F. Lagrange, 4e édition ..... 4 fr.
Hygiène des gens nerveux, par le Dr Levillain, 4e édition ..... 4 fr.
L'éducation physique de la jeunesse, par A. Mosso ..... 4 fr.
La fatigue et l'entraînement physique, par le Dr Ph. Tissié, préface de M. le professeur Bouchard, avec gravures (*couronné par l'Académie de Médecine*) ..... 4 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

INJECTIONS DE CALOMEL (*Suite et fin*)

Par le Pr Alfred Fournier (1)

IV. Jusqu'ici, vous le voyez, nous n'avons guère rencontré de symptômes de fréquence ou d'importance suffisante pour constituer de véritables et formelles contre-indications à la méthode.

Mais, voici venir à présent deux ordres d'accidents avec lesquels il va nous falloir compter à cet égard, et cela tant en raison de leur fréquence extrême que de leur caractère pénible, douloureux. Ce sont tous symptômes de réaction locale, à savoir :

1° Tuméfactions inflammatoires, nodi, abcès;

2° Phénomènes douloureux.

Détaillons, car ce qui va suivre est d'importance majeure dans la question.

Il est absolument rare qu'une injection de calomel, à dose de 5 centigrammes, reste indemne, tout à fait indemne de réaction locale. Cela se voit cependant. Par exemple, j'observe actuellement un cas de cet ordre sur un malheureux jeune homme devenu paralytique général par le fait de la syphilis et traité dans la maison de santé de mon distingué collègue et ami le Dr Motet. Six injections de calomel (à 5 centigrammes) viennent de lui être pratiquées dans les fesses. Or, non seulement il ne les a pas senties (ce qui n'a rien de bien étonnant d'ailleurs, étant donné son état de sub-anesthésie tégumentaire), mais il n'en a pas éprouvé le plus léger phénomène, ni tuméfaction, ni nodus, ni quoi que ce soit. Ses fesses, que j'ai soigneusement explorées à diverses reprises sont absolument insensibles et dans l'état où elle seraient si elles n'avaient pas reçu d'injection. — Des cas semblables ont été quelquefois aussi observés en dehors de toute affection cérébrale ou médullaire capable d'expliquer cette absence de réaction. Le comble en l'espèce est un fait d'E. Fournier, dans lequel 45 injections de calomel à 5 centigrammes, pratiquées pour des syphilides incessamment récidivantes de la langue, n'ont jamais déterminé la moindre douleur.

Mais cela, c'est l'exception, la rarissime exception, tandis que le fait usuel, courant,

(1) Leçon professée à la Clinique de la Faculté, Hôpital Saint-Louis, revue par le professeur.

c'est que l'injection se traduise par une réaction locale sous telle ou telle des formes que voici :

1° *Tuméfaction, empâtement de la fesse.* — Cette tuméfaction s'annonce généralement le lendemain ou le surlendemain de la piqure, et s'accroît à dater de ce jour. Elle est variable de degré et de caractère. M. le Dr Portalier, qui l'a minutieusement étudiée sur 400 cas d'injection, l'a vue se produire comme il suit :

Légère	152 fois,	c'est-à-dire	38	0/0
Moyenne et sans rougeur tégumentaire	162	—	40	0/0
Assez considérable, avec rougeur légère	57	—	14,25	0/0
Considérable et phlegmoneuse d'aspect	10	—	2,5	0/0
Nulle	16	—	4,75	0/0
	400			

Cette tuméfaction, continue le même observateur, commence à se résoudre à partir du quatrième jour; la rougeur et la chaleur de la peau, s'effacent, et bientôt il ne subsiste plus en profondeur qu'une nodosité variable, sur laquelle nous aurons à revenir.

Une seule particularité, mais celle-ci des plus intéressantes, nous reste à mentionner. C'est que parfois cette tuméfaction atteint un tel degré, un tel volume et revêt une allure telle qu'elle est vraiment faite pour effrayer le médecin et donner lieu à une erreur diagnostique, laquelle n'est pas sans exposer à une intervention regrettable. Voici ce dont il s'agit.

Il n'est pas très rare de voir, consécutivement à une injection de calomel, la fesse devenir littéralement *énorme*, en même temps que rosée, presque rouge, tendue, dure, chaude, sensible, douloureuse, bref *phlegmoneuse* d'aspect. Impossible, en face de tels symptômes de ne pas croire à l'imminence d'un phlegmon, voire d'un phlegmon important. Impossible, donc, au moins pour un médecin (car nos chirurgiens ne redoutent rien actuellement), de ne pas être pris de peur et ne pas se dire intérieurement : « Mauvaise affaire ! voilà un phlegmon qui débute, et un phegmon profond, d'origine musculaire. Il va falloir débrider cela, pour donner issue à un abcès sans doute énorme, etc. » J'ai même souvenir d'un cas où l'un de nos confrères voulait intervenir séance tenante par une grande incision « libératrice », et j'ai eu toutes les peines du monde à l'en dissuader.

Or, ce qui est curieux et ce qu'il importe de savoir, c'est que ce phlegmon menaçant, déjà constitué en apparence, n'est qu'un *simulacre de phlegmon*, n'est qu'un feu de paille, et que tout cet ensemble des plus alarmants va tourner court et aboutir à une résolution spontanée. Maintes fois, pour ma part, j'ai subi de telles alarmes, je le confesse, et toujours j'ai eu la satisfaction de voir les choses se terminer par une délitescence plus que surprenante. M. le Dr Portalier signale de même dans son mémoire dix cas de cet ordre « où l'on se serait cru, dit-il, à la veille d'un phlegmon, et, dans tous les cas, invariablement, cette violente poussée inflammatoire a pris fin spontanément du cinquième au sixième jour. »

2° *Nodus.* — Il est à peu près de règle qu'un second phénomène serve d'épilogue à la tuméfaction inflammatoire que je viens de décrire, et celui-ci consiste en ce qu'on appelle le *nodus*.

Le nodus est une tumeur profonde qui se produit au niveau du dépôt mercuriel et qui résulte des exsudations inflammatoires dont s'enveloppe ce dépôt. Il ne devient appréciable au toucher qu'à l'époque où l'empâtement initial de la région s'est à peu près dissipé. On le perçoit alors plus ou moins distinctement, sous forme d'un noyau

arrondi ou ovoïde, consistant, ferme, sensible plutôt que douloureux au palper, et assez semblable à ce qu'est une gomme à l'état cru. Variable comme volume, il offre le plus souvent les dimensions d'une châtaigne, d'un marron. Mais il peut être ou plus petit ou plus gros. Plus petit, il est comparable à une noisette ou à une olive. Plus gros, il atteint les dimensions d'une forte noix, voire d'un œuf de poule. Exceptionnellement on en a rencontré « du volume du poing».

Sa tendance spontanée est la résolution progressive, qui s'accomplit en quelques semaines. — Assez souvent toutefois, il est plus durable et reste encore perceptible après deux ou trois mois. — On en a vu de beaucoup plus persistants, encore perceptibles après six mois (Dr Morel-Lavallée), voire un an (Dr Brocq). Le Dr Verchère a relaté le cas d'un nodus qui, après huit mois, présentait encore le volume d'une petite pomme et paraissait n'offrir aucune tendance à la résolution.

On n'est pas encore numériquement fixé sur la fréquence moyenne de ces nodi à la suite des injections de calomel. On les a dits constants ou à peu près constants. C'est là, certainement, une exagération. D'après mes relevés, on les observerait approximativement dans les deux tiers des cas.

Quant aux conditions qui font que le nodus se produit ou ne se produit pas, on les ignore absolument. Ce qui est certain, c'est que le même médecin, opérant de la même façon avec le même liquide et le même instrument, déterminera des nodi sur tel de ses malades et n'en déterminera pas sur tel autre. Ce qui est non moins avéré, c'est que le même malade, au cours d'une série d'injections, présentera ou non des nodi, avec une alternance absolument inexplicable. — Il est cependant des sujets qui paraissent plus épargnés que d'autres par les nodi. J'en ai vu une demi-douzaine environ qui sont restés indemnes de nodi pour 5, 6, 9 et 10 injections. Mais ne faut-il pas tenir compte aussi de ce qu'on appelle en langage de statistique les hasards de série? Exemple : Un de mes malades reçoit sept injections sans jamais présenter de nodus ; puis une huitième détermine un nodus énorme, gros comme le poing. — Que d'inconnues dans la question !

3e *Abcès.* — Tout le monde est d'accord sur ce point, que, grâce à la série de perfectionnements apportés à la méthode, les abcès sont devenus de plus en plus rares comme conséquences des injections. On est autorisé à les dire aujourd'hui exceptionnels. Ainsi :

A l'hôpital, sur un total de 486 injections, nous avons eu 13 abcès.

En ville, le Dr Portalier n'a pas eu plus de 4 abcès sur 400 injections.

Les Drs Feulard et Verchère n'ont pas observé un seul abcès, l'un sur 60 et l'autre sur 67 injections.

Le Dr E. Fournier a eu 2 abcès sur 397 injections.

Moyenne de fréquence pour ces cinq statistiques comprenant un total de 1,410 injections : 1,34 pour 100 ; — c'est-à-dire un peu plus d'un abcès pour 100 injections.

Pourra-t-on faire mieux encore ? Je ne saurais le dire. Arrivera-t-on même à supprimer la possibilité des abcès ? Cela, je n'ose l'espérer, et pour cause. C'est qu'en effet, pour la très grande majorité des cas, les abcès qui succèdent aux injections sont des abcès *spéciaux*, spéciaux en ce sens qu'ils sont ASEPTIQUES AMICROBIQUES. D'abord, quand on les ouvre, on s'aperçoit aussitôt que ce ne sont pas des abcès ordinaires parce que ce qui s'en écoule *n'est pas du pus*, mais bien une sorte de bouillie brunâtre, tout à fait bizarre d'aspect et presque identique à du *chocolat* liquide, à « du cacao délayé » m'a dit un jour de sa propre inspiration un de mes clients, et la comparaison est en effet des plus justes. Puis, quand on les soumet à l'analyse bactériologique, on n'y trouve *pas de microbes*. Ce ne sont donc pas des abcès, mais bien, comme l'a dit mon collègue et ami le

Dr Balzer, de *faux abcès* ou, mieux encore des *foyers de nécrose liquéfiée*. Conséquemment, il n'est pas à les imputer à une faute opératoire, à une faute contre l'antisepsie (1). Et alors comment espérer les prévenir puisqu'on n'en connaît pas la cause?

Les symptômes de ces singuliers abcès, de ces « abcès chocolat », comme on les appelle actuellement, diffèrent encore de ceux des abcès aigus par diverses particularités Ainsi, ils sont insidieux comme début et peu douloureux, voire non douloureux origi. nairement. Puis ils se constituent rapidement, à ce point qu'ils sont déjà presque formés quand on les constate. Ils se dessinent alors sous la peau par un léger relief, puis par une bosselure d'un ton *livide*, qui devient fluctuante presque aussitôt. A ce moment, la douleur est asses vive, jusqu'à gêner la marche et produire une certaine claudication. Ils s'ouvrent alors ou sont ouverts par le médecin, se déchargent de leur contenu et se referment à brève échéance.

Je résumerai ce paragraphe en disant :

1° *Tuméfaction inflammatoire* presque constante à la suite de l'injection, mais éphémère, tout au moins non durable, et sans importance ;

2° *Nodus* fréquent; — négligeable, en général, par absence de troubles fonctionnels sérieux; — mais servant parfois d'origine à un éréthisme douloureux de la région;

3° *Abcès* devenu très rare, voire exceptionnel, mais pouvant toujours se produire en dépit de l'antisepsie la plus sévère; — abcès spécial, amicrobique; — sans gravité; — mais, tout au moins, fort importun.

Tels sont, au total, les désagréments, les inconvénients (je ne dis pas les dangers, remarquez-le) qui peuvent dériver des injections de calomel employées à la dose moyenne de 5 centigrammes.

S'il n'y avait que cela à leur reprocher, on passerait condamnation sur de tels griefs, sans plus amples récriminations. Car, à tout prendre, ce ne sont là que des *ennuis*, des *inconvénients*, au prix desquels on serait encore trop heureux d'acheter les bénéfices d'une médication active, voire particulièrement énergique.

Malheureusement, il n'y a pas que cela, et nous allons voir maintenant entrer en scène un autre accident avec lequel il est plus difficile de s'accommoder, à savoir : la *douleur* ou, disons mieux, l'ensemble des phénomènes douloureux qui peuvent résulter de l'injection. C'est là, par excellence, la pierre d'achoppement, le véritable point noir de la méthode.

II. — *Phénomènes de réaction douloureuse.* — Nous voici arrivés au point capital et décisif de la question. Aussi bien est-ce sur ce terrain que s'est livrée la bataille entre partisans et adversaires de la méthode et qu'elle se prolonge encore aujourd'hui.

Pour les uns, en effet, les douleurs pouvant résulter des injections de calomel ne seraient véritablement importantes, intenses, que dans un nombre de cas très limité. Comme fait usuel, elles seraient *tolérables*. Si bien que, pour eux, l'élément douleur ne saurait constituer une contre-indication de la méthode, réserve faite pour certains cas exceptionnels.

A l'extrême opposé, d'autres médecins déclarent ces injections absolument douloureuses pour la grande majorité des cas et affreusement douloureuses, intolérables, pour certains cas qui sont, disent-ils, loin d'être rares. A ce titre, ils réprouvent, ils condam-

(1) C'est là ce qu'a également établi Mazza par une série de curieuses expériences. Injectant à des chiens tantôt du calomel stérilisé et tantôt un mélange de calomel et de staphylocoques en activité, il a toujours obtenu, dans l'un et l'autre cas, « des formations purulentes » (*Arch. f. Dermat. und Syph.*). Donc les staphylocoques ne sont en rien indispensables à la production de l'abcès.

nent la méthode, ou ne consentent à l'accepter qu'à titre exceptionnel et sur indications spéciales.

Peut-être, à première vue, auriez-vous le droit de vous étonner d'une telle discordance d'opinions. Car il semble qu'il ne s'agisse là que d'un fait matériel à déterminer par l'observation et la statistique. Mais c'est qu'en réalité les choses sont moins simples qu'elles ne le paraissent. Et, en effet, éminemment *variables* se présentent les résultats des injections au point de vue qui nous occupe.

D'abord, ces résultats sont variables, et cela du tout au tout, d'*un sujet à un autre*. Tel, par exemple, supportera sans se plaindre une injection de calomel ou n'en ressentira qu'une douleur légère, insignifiante; — tel autre en souffrira réellement, mais à un degré moyen, encore tolérable; — et tel autre en souffrira cruellement, abominablement (le mot n'a rien d'exagéré), au point de se refuser à une nouvelle piqûre.

En second lieu, ces résultats sont même variables, d'une injection à une autre, *sur le même sujet*. Ainsi, il est absolument commun d'entendre des malades qui ont subi toute une série d'injections vous dire : « C'est étonnant, il y a des injections qui me font souffrir, voire souffrir beaucoup, alors qu'il en est d'autres qui ne me font presque rien, que je ne sens même pas ». Deux exemples :

Un de nos malades reçoit quatre injections. A la première, douleur insignifiante; — à la seconde, douleur un peu plus accentuée, mais « très tolérable »; — à la troisième, douleurs extrêmement vives, qui se prolongent pendant huit jours; — à la quatrième, douleurs très vives, au point que douze jours plus tard il éprouvait encore « des tiraillements dans tout le membre » et traînait la jambe en marchant.

Un autre malade reçoit quatre injections. Les deux premières, il les ressent à peine, si bien qu'il se moque de ses voisins qui se plaignent des injections. — La troisième est abominablement douloureuse: cinq jours d'alitement, puis quatre jours de claudication. — La quatrième ne détermine qu'une douleur tout au plus moyenne.

Est-ce bizarre!

Aussi bien rien d'étonnant à ce que des opinions différentes se soient constituées suivant le hasard des séries. Tel médecin tombe sur une série heureuse; il en conclut que les injections sont tolérées sans douleurs ou tout au moins avec des douleurs moyennes, supportables. Tel autre voit coup sur coup trois, quatre, cinq de ses clients souffrir cruellement des injections: il juge d'après cela la méthode détestable. Exemple : dans une consultation avec un honorable praticien de la ville pour un malade atteint d'une syphils grave, je propose d'avoir recours aux injections de calomel. « Soit! je le veux bien, me dit mon confrère, mais ce sera sous votre responsabilité; car, moi, j'ai horreur de cette méthode-là. Figurez-vous que je l'ai essayée trois fois dans ma clientèle. La première, j'ai à moitié estropié mon client, qui a souffert comme un malheureux et boité toute une quinzaine. Et, quant à mes deux autres malades, ils m'ont lâché dès leur première injection tant ils en avaient souffert; ils en avaient eu assez d'une fois! »

En pareille matière le danger est celui des convictions improvisées, ne reposant que sur un petit nombre de cas. Nécessité est, pour juger sainement les choses, de les juger d'après un nombre *considérable* d'observations; sinon, gare aux erreurs de série! Il n'y a que le nombre pour tenir en garde contre des erreurs de ce genre.

Je me suis donc attaché, pour tenter dans la mesure du possible de dégager la vérité sur ce point, à réunir un grand nombre d'observations, et cela soit en ville, soit à l'hôpital.

En ville, je me suis entendu avec mon ami le Dr Portalier pour noter avec un soin minutieux, méticuleux, ce que produisaient comme *dose* de douleur, si je puis ainsi

parler, les injections de calomel sur des malades que nous traitions ensemble. Et voici ce que nous avons observé comme résultats de 400 injections :

Douleur extrêmement vive, intolérable, atroce (1)....	12 cas,	c'est-à-dire	3	0/0
Douleur vive ou très vive.....	72	—	18	0/0
— moyenne, tolérable.....	155	—	38,7	0/0
— légère.....	149	—	27,2	0/0
— nulle.....	12	—	3	0/0
	400			

C'est-à-dire que :

1° Dans les deux cinquièmes des cas (40 fois sur 100), la douleur a été supportable;

2° Dans les trois cinquièmes des cas (60 fois sur 100), elle a été vive, importante comme intensité de phénomène;

3° Et, dans cette seconde catégorie de cas, très vive et intolérable pour un cinquième (21 fois sur 100).

Plus simplement nous pouvons dire que :

Sur 5 injections, il en est 2 qui sont tolérées sans trop de douleurs; — et 3 qui font sérieusement mal, dont 1 très mal.

D'autre part, à l'hôpital, voici ce que j'ai observé :

1° Dans un premier relevé, dû à mon chef de clinique (le Dr Gaston) et portant sur 245 injections, la douleur est notée « vive ou très vive » pour la moitié des cas, et « moyenne, tolérable ou insignifiante » pour l'autre moitié.

2° Un second relevé, dû à MM. Alglave, Deschamps et Monod, externes de la Clinique, comprend 473 cas dans lesquels nous avons observé ceci :

Douleur intolérable.....	13 cas,	c'est-à-dire	2, 7	0/0
— vive ou très vive.....	137	—	29	0/0
— moyenne.....	79	—	16,7	0/0
— légère.....	125	—	26,4	0/0
— insignifiante ou nulle.....	119	—	25,2	0/0
Total :.....	473			

A Saint-Lazare, le Dr Verchère a pratiqué 67 injections, dont il a étudié avec le plus grand soin les phénomènes consécutifs. Relativement à la douleur il a noté : 20 injections complètement indolores, contre 47 douloureuses à des degrés divers, mais souvent très violentes; — c'est-à-dire, au pourcentage, 70 injections sur 100 notablement douloureuses.

Additionnant ces diverses statistiques, nous aboutissons à ceci : que, sur un total de 1.185 injections (chiffre, à coup sûr, respectable et commençant déjà à exclure les erreurs de série), 637 ont été ou bien extrêmement douloureuses, ou très douloureuses, ou douloureuses d'une façon moyenne. C'est-à-dire que, *dans plus de la moitié des cas* (la moitié exacte serait 592), *la douleur consécutive à l'injection s'est montrée notablement importante à des degrés divers;* — tandis que, dans moins de la moitié des cas, elle a été légère ou insignifiante.

Ainsi donc, en définitive, *dans une proportion qui varie de la moitié aux trois cinquièmes des cas, l'injection fait sérieusement mal, à des degrés variés, et quelque fois très mal*, voilà ce qui ressort irréfutablement de la statistique.

(1) Comme exemple de ces douleurs atroces, arrachant des cris déterminant des défaillances, des syncopes, lire une observation relatée par le Dr G. Barreyre (page 76) dans son intéressante thèse sur les *Accidents mercuriels consécutifs aux injections mercurielles*, Paris, 1896.

Bornons-nous pour l'instant à enregistrer ce document, dont nous aurons à tirer parti plus tard pour la discussion qui doit suivre, et poursuivons notre analyse clinique.

A quelle *échéance* se produisent les phénomènes de réaction douloureuse à la suite des injections?

Il est exceptionnel qu'ils se manifestent tout aussitôt, c'est-à-dire dans les premières heures qui suivent la piqûre. De cela cependant nous avons eu un exemple ici même la semaine dernière. Une malade de la policlinique a été prise, un quart d'heure après avoir reçu une injection de calomel, d'une douleur tellement vive qu'il lui a été impossible de continuer sa route. Elle a dû s'arrêter en pleine rue et se faire *porter* dans une voiture qui l'a ramenée chez elle (1).

Dans le cours habituel des choses, la première journée qui suit l'injection se passe bien et sans incidents, à part l'engourdissement qui succède à la piqûre. Puis, c'est le second jour ou même (plus rarement) le troisième qu'apparaît ce que nous avons appelé la douleur *éloignée*, qui est la douleur vraie, la douleur importante de l'injection.

Cette douleur débute au point injecté, c'est-à-dire à la fesse. Elle est d'abord exclusivement locale et circonscrite. Comme caractère, les malades la comparent à la souffrance qui succède à un coup, à une meurtrissure, à une contusion. Ecoutons-les la qualifier : « C'est comme si j'avais reçu un coup de bâton sur la fesse. » — « Cela rappelle la *tape* que l'on reçoit quand on tombe en patinant sur la glace. » — « Je suis tombé de cheval au régiment, et j'ai éprouvé pendant plusieurs jours une douleur tout à fait semblable à celle que me produit aujourd'hui mon injection. » Etc.

D'une part, la fesse est endolorie, sensible à la pression, parfois même éréthique au point que les malades y redoutent le moindre attouchement. D'autre part, elle est douloureuse spontanément, sous forme de tension continue, d'élancements, de déchirements qui se produisent sans provocation, mais qu'*à fortiori* excitent ou exacerbent les mouvements, les changements d'attitude, les pressions, les froissements, etc.

La douleur n'est pas toujours cantonnée à la fesse. Souvent elle est *irradiante*, sous forme d'élancements qui se portent vers la cuisse ou, plus rarement, vers les lombes. Parfois encore, elle descend jusqu'à la jambe. Verchère cite même trois cas où « des fourmillements et des sensations d'engourdissement se firent sentir jusque dans le gros orteil et la plante des pieds ». Inutile de dire qu'avec ces irradiations névralgiformes, la douleur rappelle assez bien la sciatique vulgaire.

Comme conséquences toutes naturelles, cette douleur comporte des troubles fonctionnels variés, en relation d'importance avec son acuité, à savoir : gêne pour s'asseoir, surtout si l'injection a été faite un peu bas ; les malades ne peuvent alors s'asseoir que sur une fesse ; — gêne pour le décubitus dorsal, devenu intolérable du côté malade ; nécessité de dormir sur le côté sain ; gêne pour tous les mouvements du membre affecté. « Je suis comme un impotent, me racontait ces jours-ci un de mes clients ; il m'est impossible de mettre mes bas, de me chausser, d'enfiler mon pantalon, etc. » ; — gêne pour la marche, qui devient difficile, qui ne s'accomplit qu'au prix d'un effort douloureux et avec *claudication* ; — impossibilité de monter et surtout de descendre un escalier sans s'aider de la rampe et d'une canne, etc. Que de fois n'ai-je pas entendu mes clients me dire : Ah ! docteur, à chacune de vos injections, je suis *infirme et boiteux* pour quelques jours !

C'est exactement là, du reste, ce que Verchère a observé sur ses malades de Saint-Lazare. Il raconte que « la plupart d'entre elles boitaient après leur injection, et cela pour quatre ou cinq jours. Si bien que son service avait reçu le sobriquet de *service des éclopées* ».

(1) On trouvera les détails de cette observation dans la thèse précitée du Dr G. Barreyre, p. 76.

Enfin, fort souvent la douleur est telle qu'elle exige l'*alitement*, l'alitement continu pour deux, trois et jusqu'à six et sept jours. A l'hôpital nous ne remarquons guère cela, parce que nombre de nos malades, par désœuvrement, restent couchés sans besoin. Mais, en ville, ce repos forcé constitue une perte de temps et un préjudice dont nos clients ne manquent pas de se plaindre.

Quand à la durée totale de ces phénomènes douloureux, elle est naturellement variable suivant leur intensité. La douleur aiguë ne persiste guère plus de deux à quatre jours ; mais au delà, reste, pour quelques jours encore, une sensibilité, un endolorissement vague de la région, avec gêne dans les mouvements et difficulté de la marche.

Une autre forme de la scène morbide consécutive aux injections est celle où des symptômes de *réaction générale* s'ajoutent aux symptômes douloureux.

Ce qu'on observe alors est ceci : d'une part, malade alité par l'acuité de la douleur, et d'autre part, malade offrant l'aspect d'un véritable *fébricitant*. (Température à 38°, 38 1/2, parfois même 39 ; — pouls battant de 90 à 105, 110 ; — en outre, tous phénomènes constituant le cortège usuel de la fièvre, tels que malaise général, céphalalgie, inappétence, état gastrique, affaissement des forces, insomnie, etc.). Supposez par la pensée une fièvre synoque compliquée par aventure d'une forte sciatique, et vous aurez une idée à peu près exacte de ce qu'est l'ensemble morbide en question.

Cette forme est rare. J'imagine (sans être en mesure de fournir un chiffre exact sur ce point) qu'elle ne s'observe guère, au moins à un degré bien accentué, plus de quatre à cinq fois sur cent injections. Mais ce qu'il y a de curieux, c'est sa tendance à récidiver sur les sujets qu'elle a affectée une fois. Si bien que vraiment cette forme fébrile de la réaction calomélique semblerait être le propre de certains sujets. Un de mes clients, par exemple, me disait ceci : « Chaque injection de calomel est pour moi l'occasion d'une véritable *petite maladie* , avec douleurs, fièvre, nécessité de garder le lit pour plusieurs jours. J'ai voulu persister quand même, voyant que les injections me faisaient du bien pour ma syphilis ; mais infailliblement les mêmes phénomènes se sont reproduits à chaque piqûre, et j'ai dû renoncer à ce traitement. »

De tels malades sont des *intolérants* vis-à-vis de la méthode. Intolérants aussi peuvent être dits ceux, en bien plus grand nombre, pour qui les injections sont l'occasion habituelle ou même constante de phénomènes douloureux plus ou moins intenses. Insister quand même pour imposer à de tels sujets une méthode qui les malmène de la sorte serait non seulement un contre-sens pratique, mais une cruauté. En toute évidence, la méthode ne leur convient pas et il faut les traiter autrement. Eux-mêmes, au surplus, tranchent le plus souvent la question soit en signifiant à leur médecin qu'ils ne veulent plus entendre parler de « piqûres », soit en quittant leur médecin pour en chercher un autre qui les traite d'autre façon. A l'hôpital, ils changent de service ; dans les policliniques, ils ne reviennent plus.

Que de cas de ce genre n'aurais-je pas à citer pour ma seule part ! Que de fois n'ai-je pas entendu en ville tel ou tel de mes clients me dire : « De grâce, docteur, plus d'injections ! Prescrivez-moi tout ce que vous voudrez, et je vous obéirai. Mais, quant à vos maudites injections, non ! Je n'en veux plus. Elles me font vraiment trop mal ; je n'ai plus la force de les supporter. »

Or, ces véritables *intolérants* de la méthode, sont-ils nombreux ? — Chose incroyable, notre confrère M. Jullien dit textuellement n'avoir rencontré, en douze années de pratique que *deux* malades qui se soient montrés réfractaires à ce mode de traitement ! A des chiffres, il faut répondre par des chiffres. Or, sur 65 malades, M. Portalier et moi en avons rencontré 7 qui se sont absolument refusés à poursuivre le système des injections. Sept sur soixante-cinq, cela équivaut à *plus d'un sur dix*.

De même, à l'hôpital, huit de nos malades ont quitté nos salles au cours de ces trois derniers mois « parce que les injections leur faisaient trop de mal ». Et nombre d'autres auraient suivi leur exemple si nous n'avions consenti, sur leurs plaintes, à transformer leur traitement. Il ne se passe pas de quinzaine assurément où, dans mes salles, les récriminations d'un malade ne me forcent à renoncer à une méthode ainsi *redoutée*.

Vous le voyez donc, messieurs, la question *douleur* constitue pratiquement, quoi qu'en aient pu dire certains de nos confrères, une objection importante, majeure même, contre la méthode des injections de calomel. Car, je le répète et ne saurais assez le répéter :

1° Au moins pour la moitié des cas, c'est là une méthode douloureuse, et douloureuse à un degré avec lequel il est impossible de ne pas compter ;

Et 2° pour certains cas, qui sont loin d'être rares, c'est une méthode où la douleur atteint une acuité suffisante pour lui servir de contre-indication formelle.

V. — S'il me fallait ne rien omettre dans cette revue des accidents qu'il est possible d'observer à la suite des injections de calomel en particulier ou des injections mercurielles en général, j'aurais encore à vous entretenir de divers griefs qu'on leur a reprochés. Mais ces derniers, relativement à ceux qui précèdent, ne constituent plus que des raretés ou même des curiosités exceptionnelles. Il suffira donc de vous en dire quelques mots.

1. *Embolies pulmonaires.* — Des accidents de cet ordre ont été plusieurs fois constatés, notamment par Odmanson, Lewin, Lesser, Blaschko, Moller, Epstein, Klotz, Schulze, Rey et Julien, A. Renault, etc.

Ils consistent en ceci : immédiatement ou peu de temps après l'injection, dyspnée subite, angoisse respiratoire (36 à 40 respirations par minute), toux spasmodique, point de côté, tendance à la lipothymie, voire à la syncope ; — puis, le lendemain ou les jours suivants, expectoration quelque peu sanguinolente et formation manifeste d'un foyer circonscrit de congestion pulmonaire s'accusant par des signes non douteux (râles fins, respiration bronchique, submatité, quelquefois frottements pleuraux, etc.)

Cette scène est variable comme durée. Le plus souvent éphémère, elle ne dépasse pas quelques heures, voire une heure. Parfois cependant elle persiste deux, trois, quatre jours, avec ou sans complication de phénomènes fébriles. Dans un cas, elle a duré trois semaines, avec continuité d'expectoration sanguinolente.

Jusqu'ici on l'a toujours vue se terminer d'une façon favorable (à moins cependant qu'on ne rattache à un processus embolique les deux cas de mort subite signalés par Lewin à la suite d'injections d'huile grise.

Ces accidents emboliques ont toujours succédé à des injections insolubles (huile de calomel, acétothymol, salicylate). Mais leur pathogénie a été différemment interprétée quant à la nature de l'embolus. Les uns ont incriminé le véhicule *huileux*, et les autres les fines particules mercurielles qui, « si petites soient-elles, offrent encore au microscope un volume très appréciable et peuvent par elles seules obturer les fins capillaires du poumon ». A l'appui de cette dernière opinion, on invoque surtout les expériences de Moller, qui a produit sur les animaux des infarctus pulmonaires en leur injectant du thymol-acétate de mercure en suspension dans la paraffine liquide.

II. *Hématome, hémorrhagie.* — Certes il est étonnant que l'*hématome* ne soit pas une conséquence plus ou moins fréquente d'injections faites à une grande profondeur où l'on risque de rencontrer des vaisseaux plus ou moins importants. On n'en a cité cependant qu'un petit nombre d'exemples. Je n'en ai, pour ma part, observé que deux cas impor-

tants, où l'abondance de l'épanchement conférait un volume considérable à l'une des fesses devenue littéralement noire par ecchymose. Dans l'un de ces cas, il se fit un large sphacèle des téguments.

L'hémorrhagie *primitive* est extrêmement rare et presque toujours insignifiante.

L'hémorrhagie *secondaire*, qui apparaît plusieurs jours après l'injection, est un peu moins rare. Elle se fait par le trajet de l'aiguille, et s'écoule goutte à goutte, en durant parfois plusieurs jours. Exemple :

Une malade de la policliniqne reçoit une injection de calomel. Rien de particulier ne se produit dans les trois premiers jours, si ce n'est une forte tuméfaction de la fesse avec douleurs. Puis, le sixième jour, la piqûre s'ouvre et donne issue à du sang. Pendant trois jours le sang continue à sourdre goutte à goutte de la piqûre, sans qu'on puisse arrêter l'hémorrhagie. Cette femme nous affirme avoir perdu de la sorte « plus d'un litre (?) de sang ».

III. Autre fait, à coup sûr très exceptionnel, mais non moins utile à conserver en souvenir. — Le Dr Lang a relaté le cas d'un malade hémophilique qui, à la suite d'une injection mercurielle, fut pris d'une hémorrhagie mortelle des voies urinaires.

IV. Quelques cas d'accidents nerveux ont été signalés comme conséquence des injections caloméliques, à savoir : sciatique ; — névrites ; — parésies partielles ; — troubles trophiques, etc.

Mais de tels cas sont vraiment des plus rares. Et, de plus, il ne semble pas que les injections de calomel soient plus souvent coupables de tels méfaits que les injections d'autre genre, notamment que les injections solubles. Ainsi le seul cas sérieux de cet ordre que j'ai observé (paralysie des extenseurs du pied, du côté correspondant à l'injection) a succédé à une injection d'huile biiodurée.

La pathogénie de ces accidents n'est qu'indirectement connue par quelques expériences tentées sur les animaux, expériences dans lesquelles on a constaté des lésions inflammatoires et des dégénérescences de filets nerveux au voisinage de nodi dérivant d'injections mercurielles. Elle paraît donc relever de névrites localisées. Mais elle doit sûrement être plus complexe pour certains cas qui n'ont pas encore reçu d'explication plausible (1).

V. Enfin, les nodi ou les reliquats des nodi consécutifs aux injections peuvent servir d'appel de localisation au processus gommeux. C'est ce dont témoigne péremptoirement un cas des plus curieux que vous avez pu observer dans le service et qui se résume en ceci : Un de nos malades était affecté d'une syphilis maligne précoce pour laquelle on avait cru devoir, à l'hôtel maritime de Toulon, lui pratiquer une série d'injections à l'oxyde jaune de mercure. De retour à Paris, il entra dans nos salles pour une nou-

(1) A citer comme tels les deux faits suivants, dont je donnerai simplement le sommaire.

I. (Obs. du Dr de Amicis). — Homme 58 ans, affecté de syphilis à la période secondaire. — Injections de sublimé. — A la 44e injection, faite entre l'angle inférieur de l'omoplate et l'épine dorsale, douleur très violente. Le soir même, rétention d'urine. — Le lendemain ecchymose étendue au siège de l'injection, parésie du membre inférieur gauche. — Le troisième jour, paraplégie complète, bientôt suivie d'eschares de décubitus. — Mort au bout d'un mois.

II. (Obs. du Dr Racocineanu, de Bucarest). — Homme de 33 ans, syphilitique depuis deux ans, non diabétique et non albuminurique. — Injection de sublimé. — Cette injection, dit l'auteur, commença par déterminer immédiatement une douleur très vive qui ne fit que s'accroître et força le malade à s'aliter. Puis secondairement, elle servit d'origine à une gangrène du pied. « Sept semaines après l'injection, le malade présentait quatre ulcérations plantaires pénétrant jusqu'aux os ; la jambe, de plus, était complètement froide et insensible. En dépit de tous les soins, il se produisit une gangrène du pied, qui nécessita l'amputation de la jambe. — A l'examen histologique de la pièce, on trouva un épaississement des parois artérielles avec dégénérescence graisseuse et une phlébite adhésive de la veine. »

velle poussée d'accidents. Or, sous nos yeux, plusieurs des anciens nodi d'injections qui étaient encore facilement appréciables devinrent le siège de grosses infiltrations gommeuses, lesquelles résistèrent à toute médication et se ramollirent, pour dégénérer en de larges et profondes ulcérations gommeuses (1).

J'ai achevé, messieurs, ce que je m'étais donné comme tâche, à savoir : vous exposer *in extenso* les avantages et les inconvénients des injections de calomel. Ce sont là, comme on dirait au Palais, les pièces du procès que nous débattons. C'est d'après cela qu'il nous faut aboutir actuellement à déterminer la grosse question qui nous intéresse essentiellement, la question visée par tout ce qui précède, et qui n'est autre que celle ci :

La pratique des injections de calomel à doses modérées est-elle de nature à servir de procédé usuel, habituel, « systématique », pour le traitement de la syphilis?

C'est-à-dire : Est-ce là un procédé que l'on puisse appliquer indifféremment à tous les cas de syphilis et dont on puisse faire usage tout le temps qu'il y a lieu de traiter la syphilis?

Je précise par deux exemples :

Voici, je suppose, un malade qui se présente avec tel ou tel accident actuel de syphilis. Est-on autorisé à lui prescrire les injections de calomel pour la guérison de cet accident, quel qu'il soit d'ailleurs?

Et, d'autre part, voici un malade syphilitique qui n'a plus d'accidents actuels, mais que l'on juge utile de traiter préventivement, en vue de le sauvegarder pour l'avenir. Est-on autorisé à lui prescrire les injections de calomel à titre préventif?

Graves questions, et questions de pratique par excellence.

Eh bien, à ces deux questions posées dans les termes que je viens de dire, je n'hésite pas, pour ma part, à répondre par la *négative*, et par une négative formelle, absolue. Cela, pour toute une série de raisons que je dois vous exposer, au risque de reproduire quelques uns des arguments qui ont déjà trouvé place incidemment dans ce qui précède.

I. On a parlé des injections de calomel comme propres à constituer un traitement *systématique* de la vérole. Mais quoi de plus contraire au bon sens clinique qu'un traitement systématique d'une maladie quelconque? Le médecin doit se guider, pour traiter ses malades, non pas sur un système, non pas sur un plan thérapeutique arrêté à l'avance, mais sur des indications individuelles et actuelles relevant et de la maladie quant à ses symptômes, quant à ses formes, quant à son pronostic, etc., et du malade quant à ses forces, à sa constitution, à sa personnalité et à de multiples conditions de tout genre. Autrement, en quoi le médecin se différencierait-il d'une machine à débiter des ordonnances?

II. D'autre part — et cela encore au nom du bon sens — est-ce qu'une vérité primordiale ne s'impose pas en l'espèce? Est-ce qu'il ne ressort pas du caractère même de la méthode en question, à savoir des désagréments, des inconvénients, des symptômes douloureux qu'elle comporte, que *cette méthode n'est pas de celles qu'on puisse indifféremment prescrire à n'importe qui et pour n'importe quoi*? En vérité, ce serait prendre un bien médiocre souci de ses malades que de leur imposer une médication de cet ordre, si elle n'était motivée, légitimée par des indications spéciales et formelles.

Sans doute, vous répéterai-je encore, si la méthode en question était *unique* en son genre, c'est-à-dire seule capable de réaliser le but thérapeutique que j'ai en vue, je m'y

(1) Observation publiée dans la thèse précitée de Barreyre, p. 113.

Et alors? Alors, de deux choses l'une : Ou bien, s'il est heureusement inspiré, il se dira qu'il n'est pas encore guéri et ira trouver, pour achever de se guérir, un autre médecin qui le traitera par une autre méthode : — ou bien, par ennui, par négligence, il jugera à propos de ne plus rien faire, il s'abandonnera, il *ne se traitera plus*.

Donc, dans ce dernier cas (qui, de par expérience, est de beaucoup plus fréquent), le malade restera avec une vérole non traitée, tout au moins incomplètement et insuffisamment traitée. Or, quel est l'aboutissant usuel des véroles de cet ordre? Le tertiarisme, à savoir l'explosion, à échéances variables et tout à fait indéterminées, d'un accident tertiaire quelconque. Fasse le ciel que le dit accident soit de l'ordre de ceux qui peuvent guérir, et alors le mal sera encore réparable. Mais, si cet accident est de l'ordre de ceux qui s'en prennent à l'œil, au cerveau ou à la moelle, inutile de dire quel dénouement pourra comporter la scène.

Et voilà pourquoi, Messieurs, je réprouve, quant à moi, le système des injections de calomel (comme au reste des injections de tout ordre) en tant que méthode usuelle, habituelle, de traitement de la syphilis, sans rien refuser à cette méthode de sa puissante et salutaire influence sur diverses manifestations de la maladie.

Cette influence, encore une fois, je ne la conteste en rien (à preuve ce que je vous en ai dit précédemment). Cette influence, je serais aveugle, si je commettais la faute de la méconnaître, non moins que coupable si je ne l'utilisais pas à l'occasion pour le plus grand bien de mes malades. Mais telle n'est pas la question pour l'instant. Pour l'instant, il ne s'agit que de juger la méthode en tant que traitement usuel, courant, de la syphilis. Eh bien, me plaçant à ce point de vue et à ce seul point de vue quand à présent, je dis et je répète avec conviction que, pour les diverses raisons que vous venez d'entendre et pour la dernière tout spécialement, la méthode des injections est une de celles qui répondent le moins à ce qui doit être le but de nos efforts, à savoir : faire en sorte que les malades se traitent *longtemps*, assez longtemps pour aboutir à se sauvegarder dans l'avenir après s'être « blanchis » dans le présent.

En résumé, donc, au titre de médication *temporaire* provisoire, dirigée contre une manifestation ou une phase d'explosion de la syphilis qu'il est utile de réprimer énergiquement, oui, j'accepte la méthode par injections de calomel.

Mais, au titre de médication courante, habituelle, préventive, et surtout systématique, devant constituer d'un bout à l'autre le traitement de la syphilis, je suis pour elle un adversaire convaincu et militant.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 23 Avril 1902

Présidence de M. Sevestre

M. le Pr Pouchet, à propos de la discussion sur les *injections mercurielles*, estime qu'il y a lieu, avant tout, de tenir compte du mécanisme d'introductions du sel hydrargyique dans l'économie. Si le sel introduit se transforme rapidement en vapeurs de mercure dans l'organisme, il ne produira pas les accidents occasionnés par le dépôt intra-organique de sels hydrargyriques, moins facilement décomposables ; ceux-ci sont irritants pour les tissus et capables de causer des accidents.

Il faut se demander s'il est nécessaire, pour arriver à l'action thérapeutique utile, que le mercure à l'état de vapeur est seul capable de fournir, de faire supporter à l'organisme une action toxique. N'avons nous pas à notre disposition des préparations permettant d'arriver sans encombre à introduire dans l'économie un produit rapidement volatil?

En général, le liquide sanguin du sujet auquel on a injecté des sels hydrargyriques ne contient pas de mercure, l'hémoglobine en effet précipite, par exemple, les composés albumineux du mercure. Le cyanure mercurique et quelques autres ne sont pas dans ce cas.

Si la quantité de mercure métallique introduite est supérieure à celle que l'organisme élimine, on peut observer des accidents. Si ces derniers sont dus à l'hydrargyre à l'état de mercure, *ils sont curables, mais ils sont irrémédiables* quand ils sont dus à la présence de composés mercuriels solubles.

Ces lésions ont un caractère inflammatoire et ulcéreux, et sont attribuables à l'action du sublimé et du calomel, car, dans l'organisme, tous les sels mercuriaux, quels qu'ils soient, aboutissent à ces deux formes définitives.

Le calomel n'est pas aussi inaltérable qu'on pourrait le croire : en milieu alcalin, avec l'aide d'une température à peu près constante, comme celle du corps, il se transforme en sublimé et mercure métallique à l'état d'extrême division qui passe ensuite à l'état de vapeur.

Le sublimé, dans les tissus vivants, commence par être réduit à l'état de calomel ; ce dernier subira les transformations dont il vient d'être parlé.

En résumé, le sel hydrargyrique le plus avantageux sera celui qui, sans irriter les tissus, sans influencer l'hémoglobine, réalisera le plus aisément la transformation du métal introduit en vapeurs médicamenteuses. Mais, ce sel une fois trouvé (une formule ancienne de Chéron semble réaliser au mieux ce desideratum), il faudra encore tenir compte de l'impressionnabilité individuelle : celle-ci à son tour peut varier.

M Robin, à propos de la communication de M. Soupault, croit que cet orateur a eu tort de mettre en doute les fermentations gastriques et la dyspepsie spéciale qu'elles produisent. Ces fermentations peuvent se superposer à des accidents préexistants ou donner à elles seules lieu à des troubles digestifs : dans ce dernier cas, on observe trois groupes ou étapes : dyspepsie avec développement de gaz, dyspepsie acide, et enfin irritation gastrique provoquant la sécrétion en excès d'acide chlorhydrique.

Les acides gras, loin de représenter une quantité minimum dans le suc gastrique, s'y trouvent au contraire très fréquemment ; on arrive parfois à déceler des quantités de ces acides vraiment surprenantes, jusqu'à 12 grammes par litre : il est vrai que ces acides ne sont alors pas tous libres (maximum d'acide libre 4 à 5 grammes), car ils s'éthérifient en présence de bases ammoniacales. L'orateur a indiqué un procédé d'analyse permettant de déterminer facilement cette quantité d'acide combiné.

M. le Pr Pouchet rappelle que la plupart des substances alimentaires introduites dans l'estomac contiennent des hydrates de carbone qui donnent au cours de la digestion de l'acide lactique : il

n'y a donc rien d'étonnant à ce que le suc gastrique même le plus normal en contienne : seules les proportions d'acides peuvent varier et intéresser le thérapeute.

M. Soupault ne croit pas que les doses de 12 à 13 grammes par litre puissent aisément se rencontrer : l'acidité du suc gastrique en deviendrait bien supérieure à celle observée chez l'homme. Quant aux signes cliniques permettant de reconnaître ces fermentations, ils lui semblent difficiles à fixer et il serait heureux de les connaître.

M. Robin répond que les acides gras sont en majorité combinés et ne contribuent pas, sous cette forme, à augmenter le taux de l'acidité du suc gastrique. Quant à la symptomatologie des fermentations gastriques, elle est décrite dans plusieurs ouvrages se rapportant à cette question.

M. Camescasse donne lecture d'une note intitulée : *Un des méfaits du lait stérilisé.*

L'auteur proclame les bienfaits du lait stérilisé dans l'allaitement mixte, et son utilité pour franchir les mois d'été pour les enfants au biberon déjà âgés de quatre, six mois et plus.

Puis il dit que pour certains enfants le lait stérilisé n'est plus un aliment ; il est ingéré, non vomi, presque digéré ; il calme la soif mais l'enfant ne prend pas de poids, ou pas assez.

Qu'on cesse la stérilisation sans changer de lait et l'enfant croît brusquement (souvent irrégulièrement quand le stage de simili-alimentation aseptique a duré assez longtemps), ce qui prouve que le lait stérilisé était un aliment imparfait.

L'auteur incrimine le lait stérilisé industriellement aussi bien que celui qui est stérilisé à la maison par immersion dans l'eau salée bouillante.

L'auteur tente de donner une explication scientifique de ce fait par la notion des ferments et matières azotées du lait décrits par Babcock et Starch.

La stérilisation détruit ces ferments qui disparaissent par chauffage au-dessus de 80°. Il fait remarquer que le lait soi-disant bouilli des ménagères n'est guère chauffé au-dessus de 70°.

M. Blendel n'a jamais observé, de méfait du lait stérilisé et cependant près de 600 nourrissons passent, en un an, par le service d'accouchement de la Charité et prennent de ce lait. Pour les uns, ce lait constitue l'unique aliment, d'autres prennent en même temps le sein : les courbes d'augmentation de poids sont toujours fort belles.

M. Robin fait remarquer que dans le lait se trouvent des ferments solubles que la stérilisation tue. On ne sait quelle est leur importance au point de vue de la digestibilité de lait.

M. Sevestre s'étonne que le lait stérilisé, si employé à Paris, ne réussisse pas si bien à la campagne où cependant les conditions hygiéniques sont meilleures. Il est probable que les accidents observés par M. Camescasse proviennent de fautes dans la technique de l'alimentation.

M. Rodet lit une note sur les *dangers de l'héroïne dans la démorphinisation.* Ce produit présente des inconvénients sérieux sous ce rapport, car l'héroïnomanie peut se développer et la suppression de l'héroïne est, dans ce cas, plus difficile à obtenir que s'il s'agissait de morphine. L'héroïne peut amener des syncopes respiratoires dangereuses : la toxicité du produit est très supérieure à celle de la morphine, qui agit plutôt sur l'innervation du cœur, tandis que l'héroïne agit plutôt sur l'innervation du poumon, dont elle ralentit la fonction.

M. le Dr Pouchet rappelle qu'en 1899, l'étude de la constitution moléculaire de l'héroïne lui avait permis de prédire les résultats thérapeutiques fâcheux qu'on obtiendrait par l'emploi de ce médicament alors tout nouveau. Cette question est d'autant plus intéressante que l'on n'est pas, actuellement, bien riche en substances dont on peut prédire l'action médicamenteuse par la seule étude de leur structure moléculaire.

Parmi les trois nouveaux alcaloïdes voisins de la morphine, la péronine, l'héroïne et la dionine, cette dernière seule paraît devoir être conservée. Elle représente une sorte de codéïne (éthylmorphine), alors que la codéïne est la méthylmorphine. La dionine est un excellent sédatif de la douleur et elle calme la toux, mais elle n'est pas cependant dépourvue de toxicité.

M. Rodet a pu constater les avantages de la dionine dans la cure de démorphinisation : ce produit s'élimine presque entièrement par le rein, alors que la morphine, au contraire, s'élimine par d'autres émonctoires beaucoup moins faciles à utiliser.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Le chlorure d'éthyle anesthésique général, par M. DEROCQUE (*Revue méd. de Normandie*, 25 février 1902). — Le chlorure d'éthyle peut être employé *seul*, pour les opérations de courte durée, ou *associé au chloroforme*, pour celles dont la durée dépasse 1/4 d'heure. C'est dire que la kélénisation convient aux opérations telles que la *circoncision*, l'incision dorsale pour le phimosis, l'*uréthrotomie interne*, les ouvertures de phlegmons, ablations de loupes, végétations, avulsions dentaires, *examens sous anesthésiques*, etc.

Renonçant au masque, coûteux et malpropre, l'A. fait verser, sur une compresse liée en quatre épaisseurs, et suivant l'âge, de 2 à 4 gr. de de chlorure d'éthyle. Pour cela, on peut se servir des tubes servant à l'anesthésie locale. Le malade doit être dans le décubitus dorsal. Il est indispensable, à ce moment, *de ne pas le laisser respirer d'air*. L'anesthésie survient en 2 ou 3 minutes, et plus tard chez les alcooliques. Il ne faut pas procéder comme avec le chloroforme, mais on doit verser en un seul coup de 5 à 8 cent. sur la compresse, sans quoi, on n'arrive pas à endormir son malade. Des doses de 40 à 50 c. m. c. sont nécessaires parfois. Une seule alerte sérieuse a eu lieu, pendant un curetage chez une femme alcoolique. L'anesthésie obtenue par le chlorure d'éthyle ainsi versé dure peu, de 2 à 4 minutes; mais on peut la pousser jusqu'à 15 à 20 min. Il est préférable de ne pas dépasser 1/4 d'heure. Le réveil à lieu presque immédiatement après l'ablation de la compresse. Il y a assez souvent à cet instant des vomissements; mais les sensations nauséeuses, si pénibles avec le chloroforme par leur persistance, font ici défaut. Les malades peuvent marcher et même manger avec appétit au bout de quelques instants.

A. BENOIT.

Ligature des branches de la carotide pour tumeurs malignes par A. T. BRISTOW, (*Medical News* 1er février 1902). — M. Bristow, de Brooklyn, pense qu'il est possible d'arrêter le développement de tumeurs malignes du cou, en faisant la ligature des branches de la carotide. Trois fois, il eut l'occasion d'expérimenter ce procédé pour des tumeurs inopérables, de nature maligne. Dans un cas, tout récent, M. Bristow fit la ligature de la carotide externe et de toutes ses branches, exception faite de la branche sous-maxillaire. Pour cette dernière artère, il se contenta, suivant le procédé de Wyeth, d'en obstruer la lumière par une injection de gélatine. Les résultats ne furent pas mauvais; la tumeur immédiatement perdit de son volume, et depuis la malade jouit d'une santé relativement bonne. Chez les personnes maigres, il est facile d'atteindre et de lier les artères profondes du cou. Mais, la difficuté est bien plus grande quand il s'agit de découvrir ces mêmes artères sur des sujets au cou volumineux, court et épais. C'est ainsi que, dans l'un, de ses trois cas, M. Bristow eut beaucoup de peine à faire la ligature des artères profondes du cou chez un homme excessivement gras, et eut d'autant plus de difficulté que la bifurcation de l'artère carotide commune se trouvait en un point situé beaucoup plus haut qu'à l'état normal. Dans ce dernier cas, le résultat de la ligature fut presque nul.

R. BLONDEL

De la suture de la tête de l'humérus à l'acromion dans un cas de vieille luxation sous-coracoïdienne, par M. CARL BECK (*Medical News*, 1er mars 1902). — L'auteur essaya en vain de réduire sous chloroforme un cas de vieille luxation sous-caracoïdienne, nettement diagnostiquée par les rayons Roentgen, et fit la suture de la tête de l'humérus à l'acromion. A cet effet, ayant tracé une incision presque semi-lunaire, passant entre les deux tubérosités humérales et descendant tout le long de la face antérieure du bras, il découvrit l'articulation scapulo-humérale. Après dissection des adhérences, la tête de l'humérus fut replacée dans la cavité glénoïde. Mais M. Beck, craignant que la luxation ne se répétat dans les mouvements exagérés du bras, fit la suture de la tête de l'humérus à l'acro

mion, en faisant passer des fils à travers une petite ouverture pratiquée dans l'acromion. L'auteur pense que ce procédé vaut mieux que la résection et fait remarquer qu'en l'exécutant, on ne risque jamais de lacérer les muscles ou de léser les gros vaisseaux et nerfs de la région.

R. Blondel.

Traitement d'un cancer du sein récidivant chez une femme de 93 ans, par E. A. Peters (*The British Medical Journal*, 1er mars 1902). — L'auteur rapporte que, chez une femme de 93 ans, il eut l'occasion de traiter par la photothérapie une tumeur du sein gauche, survenue par récidive, sur la ligne d'incision qui avait été tracée, il y a trente ans, au cours d'une intervention faite sur ce même sein. Cette tumeur se développa très lentement et commença à devenir perceptible huit ans après l'opération. On notait, à travers l'ulcération, de l'écoulement de sérosité et de sang assez abondant, et sur le bord du petit pectoral on pouvait sentir des ganglions volumineux très douloureux.

M. Peters utilisa la photothérapie deux ou trois fois par semaine, maintenant le tube à incandescence, à une distance de la peau de 10 centimètres environ, pendant 15 minutes.

L'auteur renouvela ce traitement durant dix séances, et au bout de la première remarqua que le néoplasme s'était modifié d'une façon très sensible. Il y avait eu diminution du volume de la tumeur et disparition complète de la douleur. Malheureusement, la malade fut prise subitement de pneumonie et mourut en quelques jours.

M. Peter fait observer que le traitement local qui avait été employé dans ce cas, d'une façon incomplète, a abouti pourtant à un réultat très encourageant.

R. Blondel.

Deux cas de cancer inopérable du sein, traité par l'oophorectomie, par Percy Paton (*The British Medical Journal*, 1er mars 1902). — L'auteur rapporte que, chez une femme âgée de 43 ans, il pratiqua l'oophorectomie pour une recidive de cancer du sein gauche. Il y a huit ans que cette même femme avait été opérée, et avait dû subir l'amputation de la mamelle, après curage de l'aisselle et ablation de la portion sternale du grand pectoral. L'oophorectomie et l'administration de l'extrait thyroïdien, à la dose de 5 grammes, trois fois par jour, amenèrent une diminution du volume de la tumeur récidivante et une cessation d'écoulement de sang. Cependant, l'autre sein semblait, à son tour, être envahi de plus en plus par le néoplasme, et cinq mois après cette seconde opération, la malade mourait.

A cette observation, M. Percy-Paton ajoute un nouveau cas de cancer constaté chez une femme âgé de 31 ans, enceinte au quatrième mois. En mai 1901, il pratiqua très largement l'extirpation de cette tumeur, avec curage de l'aisselle et ablation des pectoraux. Deux mois après, ce même auteur dut tenter l'oophorectomie. La récidive se fit pourtant dans la cicatrice consécutive à l'amputation du sein, et en fin décembre 1901, la malade mourait.

M. Paton a cru bon de signaler ces deux cas d'oophorectomie faite pour cancer inopérable du sein, à une période de la vie où l'ablation des ovaires peut être considérée comme pouvant produire le plus d'effet.

R. Blondel.

Le traitement des tumeurs malignes par la photothérapie, par William. J. Morton (*Medical Record* 8 mars 1902) M. Morton a utilisé la photothérapie dans le traitement des tumeurs malignes, et rapporte 8 cas de sarcomes, et de cancers de la tête, du sein, de la face et du coude, où les résultats furent plus ou moins brillants.

Les rayons X agissent, tout d'abord, comme anesthésiques, comme analgésiques, et en général calment la douleur d'une façon aussi rapide qu'une injection de morphine. De plus ils ont la propriété d'être caustiques, et donnent de bons effets dans les tumeurs récentes, superficielles. Mais l'auteur fait remarquer que, la puissance de cautérisation des rayons X, leur « dosage », la « dose maniable » suivant ses expressions, n'ayant pu être exactement déterminé, il est important de n'user qu'avec circonspection de la photothérapie, qui n'est pas indemne de dangers et, en plusieurs cas, a produit de profondes brûlures et de la gangrène.

L'auteur conclut qu'après le traitement photothérapique, il y a cessation de la douleur, diminution du volume de la tumeur, surtout si cette tumeur est nouvellement formée, et formation d'un processus de réparation. M. Morton a remarqué aussi que les rayons X amènent une disparition de l'odeur, si cette odeur existe, un arrêt de l'écoulement sanieux, un ramollissement des noyaux lymphatiques qui, eux-mêmes, finissent par disparaître. Même, les tuméfactions ganglionnaires, situées à distance, et non soumises directement à la lumière des rayons Rüntgen, perdent de leur volume, et parfois cessent d'exister.

La peau ne présente plus cette teinte cachectinue significative d'une tumeur maligne: l'état général s'améliore très notablement, et dans certains cas la guérison a été observée.

R. Blondel.

Un cas de gastrotomie faite avec succès chez un enfant par John. T. Howell (*Médical Record*. 8 mars 1902). — L'auteur rapporte que chez un enfant âgé de neuf mois qui avait avalé une épingle de sûreté, non fermée, il dut faire une gastrotomie, après avoir essayé en vain de localiser, sous le chloroforme et à l'aide du fluoroscope, la situation exacte de ce corps étranger. M. Howell fit une incision médiane sur l'estomac, et, à travers une boutonnière de petites dimensions, put extraire l'épingle. Fermeture de la plaie par une double rangée de sutures à la Lembert.

La température s'éleva quelques heures après l'opération, mais tomba, dans l'espace de 24 heures, à 38°2. Le pouls, pendant trois jours, fut à 120, et la respiration variait entre 40 et 25. M. Howell fit d'abord l'alimentation par la voie rectale avec du lait peptonisé et n'alimenta l'enfant par la bouche qu'au bout de deux jours. Quelques purgatifs salins furent efficaces, avec quelques injections de morphine (0,001). Guérison absolue au bout d'un mois.

R. Blondel.

Hépatotomie pour occlusion biliaire par W. E. B. Davis (*New-York Médical Journal*, 11 janvier 1902). — M. Davis pense que, dans certains cas d'occlusion biliaire, avec hypertrophie du foie, il y a lieu de faire l'hépatotomie, particulièrement dans le cas où l'on ne peut isoler la vésicule biliaire ou l'un des gros canaux de dérivation de la bile, et dans ceux où l'état général du malade, abattu par la fièvre et la cholémie, ne permet pas la cholécystotomie.

L'auteur eut quatre fois l'occasion de faire l'hépatotomie, mais dit que ce procédé ne doit être qu'exceptionnel. Cette opération a pour but de permettre l'évacuation de la bile par une incision faite dans le foie, comme dans le cholécystostomie, et sera complétée par l'extirpation des calculs, aussitôt que l'état général sera devenu meilleur.

R. Blondel.

Traitement chirurgical de l'ascite chez les cirrhotiques (*Deutsche med. Wochenschrift* 3 avril 1902). — Kümmel dispose de 7 cas, dont 4 seulement sont utilisables pour la statistique. L'opération de Talma tendant à la création d'une circulation collatérale destinée à diminuer la stase dans le système porte, a été pratiquée dans 6 cas.

L'opérateur a débuté en général par une large incision des parois abdominales, permettant l'évacuation du liquide ascitique, la toilette minutieuse du péritoine et favorisant la formation d'adhérences nombreuses s'opposant sans doute à la réapparition de l'ascite.

Trois malades très cachectiques ont succombé peu de temps après l'opération : une femme n'est opérée que depuis 5 mois, et l'on ne peut dire aujourd'hui si l'ascite a définitivement disparu. Dans un 5e cas, (le premier opéré), l'ascite ne s'était pas reformée 3 ans après l'intervention : il a été ensuite perdu de vue. Dans ce cas, l'épiploon fut pincé accidentellement dans les lèvres de la plaie : cette laparotomie remonte à une époque où le procédé de Talma n'était pas encore connu, mais Kummel attribue à cette fixation de l'épiploon les bons résultats obtenus.

Dans un sixième cas, la mort survint un an après l'intervention, à la suite d'une maladie intercurrente. L'autopsie montra que la cirrhose n'avait pas rétrocédé : pas d'ascite.

Le septième cas est fort intéressant. Homme de 54 ans, avec ictère, ascite et amaigrissement considérables, foie hypertrophié. Laparotomie et suture de l'épiploon, à la paroi abdominale antérieure. Etat grave vers le 7e jour, syncopes, faiblesse du cœur : le malade se rétablit lentement : exeat un mois plus tard. Le foie a à ce moment notablement diminué de volume : la rate reste grosse : pas d'ascite. Les veines abdominales sont ectasiées.

L'auteur ne croit pas que l'opération de Talma puisse guérir la cirrhose, mais elle a au moins l'avantage de débarrasser pour longtemps les malades de leur ascite et de leur permettre de reprendre leurs occupations.

E. Vogt.

Le traitement de la péritonite aiguë généralisée, par Eugène A. Smith (*American Medicine*, 1er mars 1902). — M. Smith définit la péritonite aiguë généralisée comme une inflammation du péritoine, qui, provoquée par une infection bactérienne, envahit rapidement les feuillets viscéral et pariétal de cette séreuse. Chez l'homme, dans la grande majorité des cas, la péritonite généralisée est due indubitablement à l'appendicite, et, d'après l'expérience de l'auteur, il en serait de même chez la femme. Si l'on en croit Trèves et plusieurs autres auteurs, les différentes causes d'infection péritonéale sont les suivantes : l'occlusion de l'intestin, les perforations gastriques ou intestinales dues à la fièvre typhoïde, les ulcères tuberculeux, la cholélithiase, la néphrolithiase, la rupture des abcès viscéraux et la nécrose graisseuse. Le traitement varie suivant les différentes formes de péritonite aiguë généralisée.

M. Smith a une entière confiance dans l'efficacité des solutions salines stérilisées de sel au

sixième et conseille d'user de ces solutions, en très grande quantité, à la température de 39°. On fera le lavage de toute la cavité abdominale avec 5 ou 6 litres de la solution salée : dans les cas de péritonite récente, on utilisera 20 ou 25 litres de cette solution, pendant 10 ou 15 minutes. L'auteur fait le drainage de l'abdomen avec les tubes d'aluminium de Price, ou avec des bandes de gaze laissées dans la fosse iliaque, derrière le cæcum, ou au milieu des intestins. La plaie abdominale ne sera pas fermée, et, tout au plus, les lèvres de cette plaie seront rapprochées par quelques pointes de sutures au catgut. Quelques compresses, soutenues par un bandage, empêcheront l'expulsion des intestins au dehors.

M. Smith a pour habitude, après l'opération, de dilater l'anus afin de permettre la libre évacuation des gaz. Dans les cas graves, les injections hypodermiques de strychnine seront utiles et la cathétérisation deviendra nécessaire, afin de s'assurer si l'urine ne contient pas de l'albumine. On fera des injections de solution salée, par le rectum, dans tous les cas. Si le malade est sans repos, ou s'il tousse et souffre beaucoup, on prescrira des piqûres de morphine.

L'auteur administra, vers le quatrième ou cinquième jour, le calomel avec le bicarbonate de soude, ou le sel Rochelle ou la poudre de jalap composée. Quelquefois, il a recours aux purgatifs à base de térébenthine et de glycérine.

Aucune nourriture ne devra être prise par la bouche avant cinq ou six jours après l'opération. Seulement, de temps en temps, le malade peurra avaler des petits morceaux de glace pilée ou de l'eau de selz par cuillère à café. Ce n'est qu'au bout d'une semaine que les bouillons de viande seront ordonnés. M. Smith ne recommande pas le lait avant la deuxième semaine de convalescence, et a remarqué qu'avant cette date ce liquide est plutôt mal supporté.

R. Blondel.

Kyste hydatique du mésentère. Extirpation par G. d'Urso (*Policlinico.—Seg. Chirurgica* n° 12 1901). — Chez un malade, l'auteur avait posé le diagnostic de fibro-sarcome du mésentère et on décida l'opération ; celle-ci décela au contraire la présence d'un volumineux kyste, rempli d'une grande quantité de pus très épais, et de nombreux petits kystes. La marsupialisation semblant impossible, on essaya l'extirpation, qui ne réussit pas à cause des adhérences multiples entre le péritoine et la surface du kyste. L'auteur eut alors l'idée de détacher de la couche externe les couches internes de la paroi. Il réussit ainsi à énucléer complètement la tumeur. L'auteur n'est pas partisan de la ponction simple ou de la ponction par le procédé de Baccelli : il croit de même que les contre-indications de la marsupialisation sont nombreuses et sérieuses. La méthode de choix est certainement l'extirpation complète : mais il arrive souvent qu'on ne peut la pratiquer sans résection simultanée d'une anse intestinale. Chaque fois qu'on aura essayé l'énucléation du kyste sans y réussir à cause des adhérences, l'auteur conseille de recourir à la méthode employée par lui ; elle ne donne presque pas d'hémorragie.

A. L. Percival

Prothèse à la paraffine pour nez ensellé. Amaurose unilatérale consécutive (*Soc. méd. de Hambourg*, 4 février 1901). — Leiser ayant pratiqué sans encombre en 5 jours deux injections de paraffine chez un homme de 35 ans, dont le nez était ensellé depuis l'enfance à la suite d'un traumatisme, pratiqua une troisième injection trois jours plus tard : elle fut suivie d'un collapsus grave, qui nécessita des injections d'éther et la respiration artificielle. Le malade revenu à lui présentait une amaurose complète de l'œil gauche, auparavant atteint d'astygmatisme à un haut degré. L'œil est resté amaurotique.

Il est probable que l'injection a provoqué une thrombose de la veine ophtalmique, dans laquelle la veine dorsale du nez se déverse. Si la thrombose s'était faite à droite, le malade serait devenu presqu'aveugle. Un accident de ce genre n'étant pas facilement évitable, il y a lieu, à l'avenir, de se montrer très prudent dans l'emploi des injections à la paraffine.

E. Vogt.

De l'action du thermo-cautère dans un cas d'hémophilie par F. W. E. Kinneir (*The Bristish Medical Journal*, 8 mars 1902). — L'auteur préfère l'action du thermo-cautère à celle de l'extrait de capsule surrénale, si vivement recommandé durant ces dernières années, comme hémostatique et fait connaître un cas d'hémophilie où l'effet de ce médicament échoua.

M. Kinneir fut appelé auprès d'un jeune garçon de 10 ans, qui s'était mordu la langue avec deux de ses incisives supérieures, et, en vain, usa de tous les hémostatiques connus. L'hémorrhagie ne s'arrêta momentanément que sous une application de poudre d'extrait de capsule surrénale. Mais, dix jours après, ces mêmes hémorrhagies réapparurent, et devinrent si alarmantes que M. Kinneir, après avoir fait une injection hypodermique de strychinine, dût cautériser la plaie, sous chloroforme, au thermo-cautère de Paquelin, et obtint un excellent résultat.

R. Blondel.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Médecin des hôpitaux

Emploi de l'orthoforme dans le diagnostic différentiel des affections douloureuses de l'estomac, par le Dr Goni (*Communication à l'Académie des Sciences Médicales de Bilbao*, novembre 1901). — Malgré les nombreux moyens dont nous disposons aujourd'hui pour différencier les maladies de l'estomac, le diagnostic est encore assez difficile. L'analyse du suc gastrique constitue un bon moyen, mais le plus souvent il y a de grandes difficultés à établir un diagnostic rapide; en outre la crainte d'une hémorragie ou d'une perforation quand il s'agit d'une affection corrosive des parois augmente encore les difficultés.

Pour assurer le diagnostic d'ulcération, et préciser le siège de celle-ci on a préconisé l'orthoforme, en s'appuyant sur la propriété que ce produit a d'exercer son action analgésique sur les surfaces dépourvues d'épithélium ou d'épiderme. Par conséquent si on introduit l'orthoforme dans un estomac douloureux mais dont les parois sont entièrement recouvertes de leur épithélium normal, la douleur ne sera pas modifiée : si au contraire il existe une lésion destructive, la douleur se calmera.

L'auteur a eu l'occasion de faire cette démonstration et les résultats ont pleinement confirmé ce qui vient d'être dit : dans deux cas, non seulement le diagnostic de la lésion, mais encore celle du siège ont été rendus certains par l'ingestion d'orthoforme.

F. Berini.

De l'excision de l'ulcère de l'estomac, (*The British Medical Journal* 15 mars 1902). — M. Mansell Moullin rapporte trois cas d'ulcère d'estomac, traités par l'excision. Dans deux de ces cas, l'opération fut faite pour des hématémèses récidivantes; dans le troisième cas, l'auteur pratiqua l'excision, à cause des douleurs continues et des vomissements incessants, observés chez une femme souffrant d'un ulcère de l'estomac. Il y eut deux succès et une mort. Déjà, M. Moullin avait fait connaître, dans une communication récente, six autres cas d'hématémèses qui furent traités par l'incision, et qui, sauf un cas, guérirent absolument.

L'auteur ne pense pas que cette opération soit pratiquée avec moins de succès pour des hémorragies consécutives à une gastrotomie que pour des hématémèses causées par l'ulcère de l'estomac.

Sur 246 cas d'hématémèses observées de 1895 à 1899 chez des malades ayant un ulcère de l'estomac, M. Moullin trouve 202 cas (femmes) et 44 cas (hommes).

Chez des femmes, ayant moins de trente ans, la mortalité est dans une proportion de 1 0/0, tandis que cette mortalité est de 6 0/0 chez celles qui ont plus de 30 ans.

Chez les hommes, on note, quel que soit l'âge, une mortalité de 14 0/0.

M. Moullin reconnaît que le traitement de l'ulcère de l'estomac est du domaine purement médical; mais, toutes les fois que cet ulcère se complique de perforation, il y a nécessité d'intervenir chirurgicalement.

On fera l'excision de l'ulcère dans les cas où l'hémorragie, consécutive à la rupture de quelque grosse artère, a été unique, mais abondante et sérieuse. On fera encore l'excision toutes les fois que les hématémèses, abondantes ou peu abondantes, se sont répétées à de courts intervalles ou d'une façon fréquente.

M. F. de Havillasse Hall dit n'avoir jamais observé un véritable cas d'ulcère d'estomac nécessitant une intervention chirurgicale et ajoute n'avoir jamais constaté un cas de mort consécutive à une hématémèse ou à une perforation d'un ulcère de l'estomac.

M. Voelker décrit un cas d'hématémèse observé chez un malade qui, à l'opération, ne présentait aucune ulcération à la surface externe de l'estomac. Cependant, peu de temps après l'intervention, le malade était pris de nouvelles hématémèses très graves et expirait en quelques heures.

M. Voelker pense que l'incision est plus spécialement indiquée dans les cas d'ulcère de l'estomac caractérisé par de vives douleurs, que dans les autres cas présentant des hématémèses.

R. Blondel.

Sur un cas bénin de rétrécissement de l'œsophage, d'origine traumatique, par Hugh. Mh. Taylor (*The New-York Medical Journal* 8 février 1902). — M. Taylor rapporte un cas de rétrécissement de l'œsophage qu'il observa chez un enfant de six ans. Ce rétrécissement était tel qu'aucun aliment, même liquide, ne pouvait passer, et que, en dépit même des lavements alimentaires, l'enfant dépérissait au point de ne peser que soixante livres à peine. L'auteur fit tout d'abord une gastrotomie, et créa une fistule gastrique afin de pouvoir alimenter l'enfant par cet orifice. Il constata qu'à 2 centimètres au-dessus de l'orifice cardiaque existait un rétrécissement oblitérant complètement l'œsophage. Puis, après dilatation rétrograde avec des bougies

de dimensions plus ou moins fortes, M. Taylor fit une œsophagotomie interne, et rompit le rétrécissement à la scie suivant la méthode d'Abbé. Il continua à dilater le conduit œsophagien en conduisant de haut en bas ou de bas en haut (rétrograde) des bougies, à calibre encore plus volumineux, et, au bout de quelques mois, put obtenir une guérison complète. En peu de temps, la fistule gastrique s'oblitéra.

La méthode que M. Taylor a suivie dans ce cas est celle que formulait tout récemment M. Mayo. Voici quelles sont les idées de ce dernier auteur.

1° Dans tout cas de rétrécissement il faut commencer par l'exploration de l'œsophage et la dilatation du conduit avec les bougies.

2° Si le rétrécissement est grave, d'origine traumatique, il faudra faire la gastrotomie et continuer par la dilatation.

3° Si le rétrécissement ne peut être dilaté, au voisinage du cartilage cricoïde, on n'hésitera pas à recourir à l'œsophagotomie externe.

4° Si le rétrécissement siège au-dessus de l'arc l'aortique on pratiquera l'œsophagotomie combinée, externe et interne.

5° Dans les cas de rétrécissement épais de la portion thoracique de l'œsophage, la dilatation par la méthode d'Oschner, et le sciage par la méthode d'Abbé, si cela est nécessaire, constitueront les meilleurs modes de traitement.

6° Les rétrécissements infranchissables devront être traités par la dilatation rétrograde c'est-à-dire, par la dilatation faite de bas en haut.

7° Dès qu'un rétrécissement aura été franchi, il faudra renouveler durant des années, sinon pendant toute la vie, la dilatation.

R. Blondel.

Appareil pulmonaire

Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine

Le traitement de la pneumonie lobaire par M. Charles E. Nammack, (*The New York Médical Journal*, 15 février 1902). — M. Charles E. Nammack ne croit pas que le sérum de Behring, utilisé dans les cas de diphtérie, soit aussi efficace que le prétend l'Ecole italienne dans le traitement de la pneumonie, et rappelle que M. Lambat, après l'usage de ce sérum, mentionne une mortalité de 25 0/0, qui, aux yeux de M. Tyler, ne serait que de 14 0/0. De même, l'auteur ne pense pas que tous les agents médicamenteux qui accroissent le pouvoir de leucocytose, tels que la pilocarpine, l'acétanilide, l'antipyrine et la nucléine soient de quelque bénéfice dans la pneumonie, l'emploi de la plupart de ces médicaments qui lui parait dangereux.

On traitera la pneumonie suivant ses périodes.

A la période de début, on conseillera au malade de vivre dans une chambre fraîche, bien ventilée, avec une température modérement élevée. Avec des chances de moins grande réussite que dans la fièvre typhoïde, on prescrira l'hydrothérapie et les bains froids. La poudre de Dover sera recommandée, et les eaux bicarbonatées, devront être prises aussi abondamment que possible, afin de favoriser l'élimination du poison du rein.

A la période d'hépatisation, M. Nammack rappelle que la strychnine, la nitroglycérine, l'alcool et l'oxygène sont les médicaments, d'ordinaire, les plus employés, et dit qu'il administre la strychnine et la nitroglycérine à la dose de 0,001, dans une cuillère à café de vin de pepsine, avec 200 c. c. de lait et 60 c. c. d'Apollinaris, tous les deux heures. Le malade pourra prendre de l'eau froide *ad libitum* dans chaque intervalle de temps. L'auteur prescrit aussi l'alcool à la dose de 15 c. c. plusieurs fois par jour, et fait valoir la triple utilité de ce médicament qui abaisse la température, diminue la production d'énergie calorifique, et surtout fournit un élément nouveau de combustion à l'organisme.

Il n'a pas eu l'occasion d'expérimenter l'oxygène dans le traitement de la pneumonie, mais il sait, d'après les expériences récentes de Smith et d'Andrea, que le pneumonoque de Fränkel ne peut se développer dans un milieu d'oxygène pur.

A la même période d'hépatisation, plusieurs autres auteurs recommandent les salicylates, le carbonate de créosote, la digitale. M. Nammack ne partage pas ces idées, et préfère conseiller, tout au moins dans les cas graves de pneumonie, les injections rectales ou sous-cutanées de solution salée, après saignée. Dans certains cas de pneumonie lobaire, compliquée de néphrite aiguë et d'anémie ou même de néphrite chronique, ces injections ont donné d'excellents résultats.

L'auteur, après avoir ainsi considéré, d'une façon synthétique, toute la thérapeutique de la pneumonie, reconnaît trois degrés dans cette affection : la forme de pneumonie bénigne guérissant sans aucun traitement, la forme de pneumonie maligne, rebelle à toute médication, et la forme de pneumonie ordinaire, susceptible du traitement.

Aux yeux de M. Nammack, la dégénérescence du myocarde, dans les cas non compliqués de pneumonie, est la cause la plus fréquente de mort. Aussi, par la strychnine, la nitroglycérine et l'alcool, devra-t-on, suivant la méthode de l'auteur, soutenir l'état de résistance du cœur, et de plus, devra-t-on, par les purgatifs salins et par le calomel associé au bicarbonate de soude, faciliter l'élimination du poison hors de l'économie.

Sur 115 cas de pneumonie, traités à Bellevue Hospital « depuis le 1er janvier 1898, » M. Nammack obtint 82 guérisons et nota une mortalité de 18,3 pour cent (21 décès). Dans les cas compliqués, la mortalité s'élève à 10,4 pour cent, et l'auteur enregistra 12 cas de mort, dus à l'alcoolisme, à la méningite, à l'empyème, à la septicémie, à la tuberculose, à la néphrite et à la cirrhose hypertrophique du foie.

R. Blondel.

Le carbonate de créosote comme remède dans la pneumonie par M. Lionard Weber (*Therapist*, 15 janvier 1902). — L'auteur rapporte 9 cas de pneumonie guéris par le carbonate de créosote (créosotal), et a observé dans chaque cas que, lorsque le malade avait pris 4 grammes environ de ce médicament, sa température redevenait normale, et son état général paraissait bien amélioré.

M. Weber a pour habitude d'administrer le carbonate à la dose de 3 à 4 grammes par jour, pendant une intervalle de temps variant de trois à six jours.

Il ajoute de plus que, dans un cas de pneumonie lobaire, causé par l'influenza, la créosotal fut sans effet.

R. Blondel.

Un cas de bronchorrhée fétide traitée par les inhalations d'oxygène prolongées, par Fr. Vicars (*The British Medical Journal*, 1er mars 1902). — Chez un homme de 65 ans, qui avait eu plusieurs crises d'asthme, et qui, à chaque hiver, présentait de la bronchite chronique, accompagnée de bronchorrhée excessivement fétide, M. Frédéric Vicars ordonna, tout d'abord, les inhalations de benzoïne et de créoline qui furent sans effet, et en dernier lieu, conseilla les inhalations d'oxygène. Pendant plusieurs heures par jour, le malade suivit ce traitement, prenant, en même temps, de la cinchonine à petites doses. Dix jours après, il était complètement guéri.

R. Blondel.

La thoracentèse avec introduction d'air filtré par C. Torlanini (*Gazzetta Medica Italiana* N° 1-2-3-4-1902). Le professeur Torlanini avait déjà en 1890 proposé dans le traitement des pleurésies purulentes l'aspiration en permanence du pus, pendant toute la durée de la maladie : cette méthode permet de vider et de maintenir vide la cavité pleurale. Pour extraire complètement le liquide purulent, on y fait pénétrer, à un moment donné, de l'air ou de l'azote filtrés qui prennent la place du pus ; on ne peut en effet aspirer entièrement ce dernier, et les malades éprouvent des malaises si l'on pousse trop à fond l'évacuation. L'aspirateur une fois en place y reste en permanence. Les résultats obtenus jusqu'ici sont des plus satisfaisants.

Presque tous les médecins sont aujourd'hui d'accord au sujet de l'emploi de la ponction aspiratrice dans le traitement des épanchements sérofibrineux de la plèvre. Cette opération présente néanmoins des inconvénients qui tiennent, d'un côté à des troubles réflexes plus ou moins graves, et d'un autre aux conditions dans lesquelles se trouvent la plèvre et le poumon sous-jacent. Les troubles réflexes n'ont aucune influence au sujet du choix du procédé d'évacuation et de la quantité de liquide à évacuer, mais l'état pleuro-pulmonaire joue ici un rôle important et peut provoquer parfois des accidents fort graves. Ce sont des phénomènes exclusivement mécaniques ; les fausses-membranes pleurales et les parois thoraciques ont une certaine élasticité, qui permet l'issue du liquide à la suite d'aspirations même très faibles. Cette aspiration atteint un point limité qu'il ne faut pas dépasser, car dans le cas contraire la tension des parois de la cavité augmenterait et exposerait le sujet à des accidents plus ou moins sérieux. On observe en premier lieu une sensation très pénible de constriction à la base du thorax et des quintes de toux rapprochées, qu'on peut maîtriser. Mais on aura parfois aussi à combattre des troubles plus inquiétants, des hémorragies bronchiques, quelquefois même des hémorragies pleurales. Toutes ces complications fâcheuses empêcheraient l'évacuation totale du liquide, si on ne pouvait les éviter assez facilement. L'auteur est convaincu que le meilleur moyen de traitement des pleurésies sérofibrineuses est l'évacuation totale par ponction, qu'on peut pratiquer même pendant la période le plus aiguë de la maladie, sans crainte aucune. On peut atteindre ce résultat malgré la rigidité des parois de la cavité de l'épanchement, si on introduit à la place du liquide de l'air ou de l'azote filtrés, de façon à transformer ainsi la pleurésie en pneumothorax. Dans les affections pleurales de ce genre, il se forme des fausses-membranes, des épaisis-

sements, des adhérences qui empêchent le poumon de venir combler le vide laissé par l'évacuation du liquide. Il est certain que toutes ces altérations augmentent avec la durée du processus morbide et rendent plus difficile la guérison. Par conséquent celle-ci sera complète chaque fois qu'on aura extrait dans sa totalité et le plus tôt possible, le liquide de l'épanchement.

La méthode que l'auteur emploie est très simple. Il met en communication un trocart de Fraentzel, aspirant parfaitement, et ayant une longueur double à peu près des trocarts ordinaires, avec un flacon gradué à deux tubulures dont la supérieure est en rapport avec le filtre à air; l'autre tubulure latérale et inférieure est reliée à un autre flacon par un tube de caoutchouc souple d'un mètre de longueur; des pinces à pression ferment les trois tubes. On remplit d'eau stérilisée le premier flacon et en partie le deuxième ; en abaissant celui-ci le liquide se déplace et aspire l'air atmosphérique qui filtre à travers du coton stérilisé. Après en avoir recueilli une quantité déterminée et fait une scrupuleuse désinfection du champ opératoire on ponctionne le thorax en arrière et en bas. Le liquide est aspiré et passe successivement dans les deux flacons. Quand le malade accuse une sensation d'oppression on soulève le deuxième flacon et la pression du liquide est suffisante pour faire pénétrer l'air dans la cavité pleurale.

On répète plusieurs fois cette manœuvre jusqu'à évacuation totale du liquide. On doit limiter la quantité d'air introduite au minimum possible pour empêcher les phénomènes de constriction. Après avoir enlevé le trocart on fait un bandage légèrement compressif pour empêcher la sortie de l'air.

L'opération est toujours bien supportée, et on peut arriver jusqu'à la fin sans difficulté.

L'introduction d'air n'est suivie d'aucun inconvénient ni immédiat ni éloigné : le pneumothorax est toujours résorbé.

L'opération n'a aucune influence nuisible sur le cours de la maladie. Elle paraît au contraire avoir une action favorable sur ce mode de guérison.

La température, qui était assez élevée chez presque tous les sujets opérés, tombe, après une forte poussée jusqu'ici inexpliquée le jour même de l'intervention, rapidement à la normale.

L'épanchement semble se reformer moins fréquemment qu'après la ponction simple ; en tous cas la quantité de liquide reformé est beaucoup moins forte.

L'auteur ne se prononce pas encore définitivement sur les conditions éloignées de la guérison et sur le temps nécessaire à l'obtention de cette dernière, mais il a remarqué ce fait très important que très souvent le bord inférieur du poumon conserve un certain degré de mobilité après la guérison par ce procédé. Il n'y aurait donc pas d'adhérences entre les deux feuillets de la plèvre dans les cas de ce genre.

A. L. Percival.

Le Férissol dans la thérapie pulmonaire par E. Secreti (*Gazetta Medica di Roma*), n° 1 1902. — Le Férissol, dérivé de l'acide cynnamique, et du gaiacol, est une poudre très soluble dans l'eau. L'auteur a eu recours à cette médication dans six cas de tuberculose, dont il donne les observations. Dans quatre cas les résultats furent très satisfaisants : les manifestations pulmonaires s'effacèrent complètement, la fièvre tomba tout à fait, la toux disparut; dans les crachats la recherche des bacilles de Koch donna un résultat négatif; le poids du corps augmenta rapidement et dans de grandes proportions. Dans les autres cas, bien qu'on ne puisse pas parler de guérison, *l'amélioration de tous les symptômes, subjectifs et objectifs, fut très remarquable.*

Le médicament a été administré, en même temps sous forme d'injections intramusculaires et par voie buccale. On commence par injecter une seringue de Pravaz d'une solution à 10 pour cent; deux à trois heures après on fait prendre un gramme de poudre à l'intérieur. La dose peut être augmentée sans aucun inconvénient à trois centimètres cubes de liquide et à trois grammes de poudre par jour.

Malgré ces résultats satisfaisants l'auteur se borne à conclure qu'il y a lieu d'expérimenter sur une grande échelle cette substance qui lui paraît avoir une action thérapeutique très favorable.

A. L. Percival.

L'angine de poitrine hystérique, par Merklen (*Journal des Praticiens*, n° 19, p. 13, 1902). — L'isolement constitue le meilleur traitement curatif, surtout s'il est pratiqué dès le début des accidents. Il faut de plus, prescrire un traitement général s'adressant à l'état constitutionnel, aux divers troubles morbides concomitants : aux anémiques, on conseillera le fer et le repos; aux arthritiques, les alcalins, la lithine, une alimentation végétarienne. On supprimera la cause toxique, si elle existe. On traitera les troubles gastriques. Chez les cardiaques enfin, on pratiquera la révulsion précordiale et la digitale sera prescrite en cas d'insuffisance du myocarde.

L'accès lui-même sera traité par :

Les bromures et le valérianate qui suffisent aux cas bénins, les inhalations de nitrite d'amyle et les gouttes de trinitrine (quelques gouttes de la solution au 100e) qui combattent avec succès les formes vaso-motrices, l'antipyrine et la phénacétine qui calment les douleurs modérées, et seront renforcées d'un agent plus actif : la morphine en injections sous-cutanées.

M. Merklen a prescrit avec succès le chlorhydrate d'héroïne en comprimés de 5 milligrammes, 3 à 4 fois dans les 24 heures; la cocaïne aussi peut rendre quelques services quand il existe des troubles gastralgiques concomitants (1 centigr avant les repas). Les injections sous-cutanées de sérum rendent des services dans les névralgies.

Le traitement par les agents physiques ne sera pas négligé. Lænnec recommandait déjà l'application d'aimants sur la région précordiale; on se trouvera bien d'applications chaudes (compresses, sacs de caoutchouc remplis d'eau chaude). Les bains tièdes, les douches chaudes seront utiles dans l'intervalle des accès. Quelques stations thermales (Néris, Luxeuil, Bourbon-Lancy), jouissent dans les névroses douloureuses d'une grande réputation.

G. Lyon.

Emploi du nitrate et du nitrite de potassium dans l'augmentation chronique de la pression artérielle (*Deustche méd. Wochenschrift*-17 avril 1902). — Lauder Brunton de Londres publie sur ce sujet un court article : il rappelle que lorsqu'il s'agit d'abaisser la tension artérielle d'une façon durable, le nitrite d'amyle ou la nitroglycérine ne suffisent plus, car on ne saurait conseiller l'emploi de produits aussi énergiques pendant un long espace de temps. Le salpêtre ou nitrate de potasse représente un médicament moins actif, mais inoffensif. Mais, chose curieuse, le nitrate chimiquement pur, n'a pas l'efficactié du salpêtre de droguerie, ce qui explique sans doute pourquoi ce médicament autrefois fort apprécié, est tombé en désuétude. L'auteur cite un exemple typique d'un malade qui prenait tous les matins, 1,8 gr. de bicarbonate de potasse et 1,2 de nitrate de potasse, et obtint un résultat remarquable tant qu'il se servit d'un produit de droguerie. Plus tard, il s'adressa à un pharmacien et l'hypertension reparut malgré la médication. L'auteur se convainquit que le salpêtre non purifié contient du nitrite de potasse et supposa en conséquence que ce dernier sel constituait le médicament efficace. Depuis ce moment, l'auteur prescrit à ses hypertendus de prendre tous les matins dans un verre d'eau le mélange suivant : bicarbonate de potasse 1,8 gr. nitrate de potasse 1,2 gr. nitrite de soude 0,03. gr. (Le sel de potasse est moins souvent représenté dans les officines que son congénère). On obtient ainsi une diminution de la contractilité du myocarde, un élargissement des artérioles de la périphérie et une action duirétique.

E. Vogt.

L'Extrait de capsule surrénale comme hémostatique dans l'hémophilie (*The Bristish Medical Journal* 1er février 1902). — M. William Milligan eut l'occasion d'employer l'extrait de capsule surrénale dans un cas d'hémophilie observé chez un enfant de 10 ans qui avait des végétations adenoïdes dans le naso-pharynx. Durant l'opération, il y eut une hémorragie insignifiante, mais, vingt heures après, l'enfant vomissait abondamment le sang avec d'énormes caillots d'apparence blanchâtre. Malgré les lavages glacés, malgré les injections hypodermiques d'ergotine et le tamponnement à la gaze iodoformée, l'hémorragie ne s'arrêta pas. M. Milligan introduisit dans le naso-pharynx, un tampon imbibé d'une solution de térébenthine, et, ne parvint à faire cesser l'hémorragie qu'après avoir tamponné très profondément toute l'arrière-cavité des fosses nasales avec de la gaze trempée dans de l'extrait de capsule surrénale.

R. Blondel.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

La névralgie faciale et son traitement, par Henry Tioé Barber (*New-York Medical Journal*, 15 mars 1902). — A propos d'un cas de tic douloureux de la face datant de trois ans, l'auteur constate l'efficacité du traitement qu'il a institué et qui consiste dans l'emploi alternatif de l'aconitine et des toniques. Il prescrivit toutes les quatre heures un granule d'aconitine d'un dixième de milligramme : lorsqu'au bout de trois jours, le malade se sentit soulagé après l'administration de dix granules, l'auteur suspendit l'emploi de l'alcaloïde et prescrivit :

Sulfate de fer. } ãã 50 centigrammes
Extrait d'anthemis.... }

M. f. 20 pilules.

Sous l'influence de ce traitement, l'amélioration fut notable ; la cure fut renouvelée plusieurs fois et toujours avec succès.

P. Sainton.

Note sur quelques névralgies traitées par la galvanisation, par J. Massaut (*Société médico-chirurgicale d'Anvers*, oct. nov. déc. 1901). — Le procédé employé par l'auteur est le procédé classique ; le pôle positif est placé au niveau des points douloureux ; le pôle négatif se trouve à un endroit indifférent, par exemple à la main. Les premiers courants employés sont de 1 à 2 milliampères pendant une à deux minutes sur 2 ou 3 points ; ils peuvent être ensuite de 3, 5, 6 M. A : un rhéostat est indispensable pour graduer le courant. Sur 44 malades ainsi traités 7 ont cessé le traitement après une ou deux séances et doivent être écartés de la statistique ; sur 37 malades, il y avait 29 névralgies faciales, bronchiales, intercostales, sciatiques, lombaires etc. Sur 20 malades ayant suivi le traitement pendant un certain temps, 19 ont été guéris à la suite de 20 séances d'électrisation (en moyenne). Un fut guéri après la première séance. Nombre de ces malades avaient usé d'autres moyens avant de recourir à l'électrisation. Il semble bien, quoiqu'on en ait dit, que l'action ne soit point suggestive ; car beaucoup de sujets furent désillusionnés, pendant les premières séances, de se trouver en présence d'appareils silencieux et peu impressionnants.

P. Sainton.

Traitement de la névralgie faciale par les courants galvaniques, par Vernay (*Arch. d'Electr. médicale*, 15 mar 1902). — L'auteur a adopté le traitement du Dr Bergonié et cite quatre observations.

Les séances doivent avoir lieu tous les jours avec une intensité variant de 40 à 60 mA., pendant trente à cinquante minutes, dix, vingt, trente jours de suite, si c'est nécessaire. C'est en se conformant à ces principes qu'on obtiendra, même dans les cas anciens ayant résisté à tout traitement, des résultats vraiment durables.

L'auteur a même eu recours depuis quelque temps, pour traiter plusieurs malades, à des intensités plus élevées (70 mA.) pendant soixante minutes. Pour opérer ainsi, il sera bon d'augmenter la surface de l'électrode indifférente en plaçant deux plaques de 200 centimètres carrés, l'une dans la région dorsale, l'autre sur le sternum, en les reliant en quantité, c'est-à-dire au même pôle. Il faudra, bien entendu, que l'électrode faciale soit recouverte d'un feutre épais et qu'elle puisse se mouler exactement sur tout le côté de la face à électriser.

L'électrode faciale doit être aussi grande que possible de façon à recouvrir toute la moitié de la face depuis le sommet de la tête jusqu'au maxillaire inférieur, et il faut que le contact soit parfait. Pour cela il est préférable d'employer comme le fait le Dr Bergonié, une électrode en étain facilement déformable et qu'on modifie suivant le cas. Cette électrode sera recouverte d'un feutre épais (1 cent. au moins) ou d'une épaisse couche de gaze ou de coton hydrophile (1 cent. et demi), cousue sur l'étain et débordant le métal de 1 centimètre au moins. On aura soin, avant de s'en servir, de la faire tremper un certain temps dans de l'eau chaude jusqu'à ce que son imbibition soit parfaite. Enfin l'électrode sera maintenue sur la face du malade au moyen de trois bandes en caoutchouc placées horizontalement et parallèlement, la première sur le front, la seconde au-dessous du nez et la troisième au-dessous de la lèvre inférieure.

Voici quelques-unes des conclusions de l'auteur :

1° L'intensité nécessaire doit être employée dès le premier jour du traitement, si cela est possible, et les séances auront lieu sans interruption dix, vingt, trente jours de suite, suivant les cas, alors même qu'une amélioration notable se serait produite dès le début du traitement ;

2° L'électrode indifférente, bien feutrée, sera au moins de 200 centimètres carrés pour une intensité de 40 mA., de 300, 400 centimètres carrés, si on emploie des intensités plus élevées :

3° Le traitement est d'une innocuité absolue, si on a soin de graduer lentement et progressivement le courant au commencement et à la fin de la séance, d'où la nécessité d'un bon rhéostat, car une variation brusque du courant, sans être dangereuse, pourrait occasionner des vertiges intenses ou une syncope ;

4° Les intensités même élevées seront très bien supportées si, au commencement de la séance, on dépasse de 5 à 6 mA. l'intensité voulue pour le reste de la durée de l'application ;

5° Le pôle actif sera de préférence le pôle positif ; mais, en cas d'insuccès avec ce pôle après un certain nombre de séances, on ne devra pas hésiter à employer le pôle négatif, surtout s'il existe des troubles trophiques ;

6° L'action du courant est probablement due à des effets électrolytiques atteignant aussi bien le tronc et les racines que les terminaisons périphériques du nerf affecté.

E. Vogt.

Traitement électrique de la sciatique par Allard, (*Arch. d'électr. médicale* 15 mars 1902). — C'est en général au courant galvanique stable qu'il faut avoir recours. L'auteur a obtenu les meilleurs résultats avec la technique suivante dans la névralgie sciatique et la sciatique chronique. Une électrode souple de grande surface (400 à 500 centimètres carrés) recouvre

toute la région lombaire où elle est uniformément et solidement appliquée ; elle est reliée au pôle positif d'une batterie de piles ou d'accumulateurs; le pôle négatif communique avec une électrode en charbon placée dans l'eau tiède d'un récipient en faïence où le malade plonge le pied juqu'au dessus de la cheville ; dans le circuit se trouvent un rhéostat ou un réducteur de potentiel et un milliampèremètre. On commence toujours par une intensité faible, on augmente progressivement jusqu'à 10 ou 12 mA. et on ne dépasse pas cette dose si les douleurs sont vives, mais on prolonge l'applicatien pendant 30 ou 40 minutes; si les douleurs sont subaiguës, on peut augmenter l'intensité et arriver à 20 ou 25 mA. sans danger de brûlure.

Il importe de faire une séance tous les jours si on n'applique que l'électricité seule, ou tous les deux jours si on alterne avec les massages ou les bains d'air surchauffé. Dans ces conditions, l'amélioration est toujours rapide; dans la majorité des cas la guérison complète est obtenue en quelques semaines.

Il n'en est malheureusement pas de même pour la sciatique névrite, surtout si le nerf est profondément atteint, si l'on a constaté par exemple à l'exploration électrique des anomalies qualitatives de l'excitabilité galvanique. Dans ce cas, le mouvement et l'électricité associés sont les seules applications réellement efficaces.

Le *mouvement* sous forme de massage et de gymnastique active s'adresse aux troubles de la nutrition et de la circulation (atrophies musculaires, œdèmes, etc.).

L'*électricité* peut être appliquée sous forme de courant galvanique comme dans la névralgie ou mieux sous forme de courant alternatif sinusoïdal, ce courant ayant une action plus rapide sur la nutrition du muscle; l'application peut se faire par le pédiluve en suivant la technique indiquée pour le courant galvanique ou mieux dans un bain complet (bain hydro-électrique) où l'organisme entier bénéficie du traitement.

En plus de l'aplication stable du courant galvanique ou sinusoïdal, il faut provoquer la contraction de chaque muscle en particulier et pour cela se conformer au résultat de l'exploration électrique; il est inutile et même dangereux d'appliquer un courant faradique sur un muscle qui ne répond plus à cet excitant ; avec le courant galvanique il faut choisir le pôle qui provoque le plus facilement la contraction et produire avec le métronome interrupteur des interruptions d'un rythme lent. Ces applications doivent êtres faites tous les deux jours, le massage le jour intercalaire.

Enfin, pour agir contre certaines complications de la névrite, troubles trophiques de la peau, hyperesthésie cutanée ou plaques d'anesthésie, il faudra modifier légèrement le traitement indiqué plus haut.

Les troubles trophiques de la peau devront faire préférer le bain hydro-électrique complet à l'application dans le bain de pied galvanique. Les phénomènes d'hyperesthésie sont améliorés par le souffle statique, ceux d'anesthésie par l'emploi de la révulsion électrique.

L'amélioration et la guérison seront, plus que dans les autres cas, longues à se produire; ce n'est plus par semaines qu'il faut compter, mais par mois; mais on sera toujours récompensé de sa persévérance.

E. Vogt.

Du traitement de la chorée par M. James W. Russell. (*Journal of Practical medicine and Surgery* mars 1902. — Le traitement de la chorée est difficile le plus souvent, et l'auteur reconnaît que si parfois cette affection guérit presque naturellement, il y a des cas où elle est presque incurable.

L'arsenic est le médicament généralement employé; M. Murray administre cette drogue à fortes doses, pendant une courte période de temps. De même M. del Pozo fait usage de la liqueur de Boudin qui est une solution d'acide arsénieux dans de l'eau, à la proportion de 1/1000, et rapporte dans sa thèse 30 cas de chorée, dont 28 guérisons. M. Billington et M. Lévy conseillent aussi l'emploi de l'arsenic à hautes doses, d'une façon décroissante, et notent de nombreux succès. L'auteur a eu aussi l'occasion d'administrer ce médicament, dans sept cas de chorée très marquée à la dose de 3 et 4 grammes pour 15 ou 20 jours, et n'a obtenu que deux guérisons rapides. Dans deux autre cas, où la dose d'arsenic ne s'élèva pas à plus de 1 gramme et demi, pendant 10 jours, M. Russel remarqua une guérison excessivement lente.

Un moyen de faire absorber de grandes quantités d'arsenic, sans risquer de produire des phénomènes d'intoxication, est d'administrer le cacodylate de sodium. M. Lannois a recours aux injections hypodermiques de ce médicament, qu'il pratique, d'abord, une fois par jour, pendant cinq jours, et plus tard, tous les quatre ou cinq jours. L'auteur a employé plusieurs fois cette méthode, et dans un cas, chez un jeune homme de 26 ans, a pu faire prendre, sans aucun danger et avec succès, plus de 1 gramme et demi d'arsenic.

M. Russoll n'a pas grande confiance dans l'efficacité des bromures, recommandés par M. Bourneville et Kotz (bromure de camphre), ni dans celle du sulfocarbonate de sodium

vanté par M. Stacey Wilson. Dans quelques cas, il a expérimenté l'extrait de fèves de Calabar, à la dose de 0,01 centigramme par jour, et n'a pas remarqué de résultat bien sensible. Cependant, M. Rendle dit que les injections hypodermiques de bromhydrate d'hyoscine exercent une action, le plus souvent, très nettement marquée, tout au moins sur les mouvements désordonnés de la chorée, qu'ils font disparaître.

M. Rusell rappelle enfin que le repos au lit, les bains chauds et le massage doivent être prescrits dans le traitement de la chorée.

R. Blondel.

Le trional dans la chorée, (*The British Medical Journal* 1er février 1902). — M. W. Hume Henderson communique un cas très grave de chorée aiguë, observée chez une jeune fille de 16 ans. Tous les calmants furent en vain essayés, et l'arsenic à hautes doses ne produisit aucun effet. M. Henderson recommanda le trional, à la dose de 60 centigrammes environ, trois fois par jour. Au bout de quelques jours, la fièvre et les mouvements désordonnés disparurent presque complètement. L'auteur augmenta la dose de trional jusqu'à 1 gramme et demi, et obtint la guérison.

R. Blondel.

La ponction lombaire dans la chorée, par M. Jemma. (*Th British medical Journal*) 25 janvier 1902). — L'auteur recommande la ponction lombaire dans les cas graves et rebelles de chorée. Il rapporte deux observations où le tremblement était tel que la parole, la déglutition et le sommeil étaient absolument impossibles. Dans un cas, chez un jeune malade, âgé de 10 ans, M. Jemma fit une ponction lombaire, et retira 20 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien. Guérison immédiate qui dura 10 jours. La recidive survint et céda complètement à une seconde piqûre et à l'administration d'arsenic à hautes doses. Dans la seconde observation chez un malade de 11 ans, l'auteur ponctionna 25 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, et obtint une guérison immédiate. Il prescrivit aussi l'arsenic, et nota la disparition de tous les phénomènes de la chorée, sans avoir eu besoin de recourir à une seconde ponction.

R. Blondel.

De la conduite à tenir dans les cas d'hémorragie cérébrale et du traitement abortif qui leur convient, par M. William Browning (*The New-York Medical Journal*) 15 février 1902. — L'auteur cite deux observations d'hémorragie cérébrale, et dit que la première précaution à prendre, est de mettre le malade dans l'immobilisation absolue. L'aconit, le veratrum seront prescrits et particulièrement l'extrait de gelsemium, à la dose de 18 gouttes par jour, pendant 5 jours. Le calomel sera recommandé, et dans certains cas, on pratiquera avec succès la phlébotomie.

M. Browning a utilisé aussi les injections sous-cutanées de gélatine, qui, par leurs propriétés hémostatiques, ont provoqué la coagulabilité du sang, et a obtenu de bons résultats avec les solutions de chlorure de sodium à 1 pour cent, administrées en injections.

L'antipyrine et les bromures seront ordonnées pour la céphalée, et le chloral devra être employé dans les formes convulsives d'hémorragie cérébrale.

L'auteur repousse l'usage des stimulants, et l'administration de l'ipéca, de la pilocarpine, de l'apomorphine, de la digitale ou de l'opium. Il recommande d'être très réservé dans l'emploi des injections de chlorure de sodium, pendant la période aiguë de l'affection.

Enfin, M. Browning fait savoir que dans les cas subaigus et chroniques d'hémorragie cérébrale, il a recouru avec de réels avantages à la méthode préconisée par un auteur allemand, et qui consiste à faire lever le malade de très bonne heure, chaque matin, et de le soumettre à des exercices physiques répétés.

R. Blondel.

Méningite aiguë ; guérison par le traitement antisyphilitique malgré l'absence d'antécédents et de stigmates syphilitiques. Liquide céphalo-rachidien riche en lymphocytes et sans virulence pour le cobaye, par Widal et L. Le Sourd. (*Société médicale des hôpitaux*, 14 mars 1902. — Observation d'un homme présentant tous les symptômes d'une méningite aiguë (vomissements, céphalalgie, puis torpeur, attitude en chien de fusil, lenteur du pouls, signe de Kernig, température élevée, etc.) chez qui les injections de biiodure associées à l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur (3 grammes par jour) amenèrent la guérison. Une rechute survenue deux mois après la première atteinte guérit sous l'influence du même traitement.

Trois ponctions lombaires furent faites lors de la première atteinte ; elles permirent de constater une lymphocytose abondante dans le liquide provenant de chaque ponction. L'examen microscopique ne permit pas de déceler le moindre microbe et les ensemencements restèrent stériles. Les inoculations faites aux

cobayes ne déterminèrent pas d'infection tuberculeuse chez ces animaux.

Mêmes résultats d'une ponction faite lors de la rechute.

La lymphocytose constatée dans le liquide céphalo-rachidien permettait d'écarter le diagnostic d'accidents hystériques ; celui de méningite tuberculeuse, d'abord vraisemblable, a dû être abandonné ensuite, en raison de la curabilité de la maladie ; d'ailleurs l'inoculation aux cobayes resta négative et Widal a toujours vu l'inoculation donner un résultat positif, quand le liquide céphalo-rachidien provenait de méningite tuberculeuse.

Malgré l'absence de chancre ou de tout stigmate spécifique dans le présent ou dans le passé, le diagnostic le plus vraisemblable, par exclusion, est celui d'accidents méningés syphilitiques, diagnostic auquel le résultat du traitement spécifique est venu donner une confirmation éclatante. Le résultat de l'examen cytologique n'infirme en rien cette hypothèse ; en effet, Widal a déjà constaté la lymphocytose dans un cas de méningite syphilitique confirmée à l'autopsie.

G. Lyon.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

D' Morel-Lavallée

Médecin des hôpitaux

L'acné rosacée et la séborrhée grasse du visage par Albert Robin, (*Bull. gén. de thérapeutique* 8 avril 1602). — *Acné.* — L'auteur propose le traitement suivant : sur une surface grande comme une pièce de 0 fr. 50, friction légère d'une demi-minute de durée avec gros comme un grain de millet de savon noir : ne recommencer que deux jours après sur le même point, puis sur un point voisin y touchant, et d'égale étendue, et arriver ainsi à traiter toute la surface malade.

Dans les intervalles, lavage à l'infusion tiède de 0, 50 gr d'ipéca dans 16 gr. d'eau et poudrer avec :

Talc de Venise.....	100 gr,
Essence de verveine.....	2 gr.
Acidé borique porphyrisé.	50 gr.

Us. ext.

Séborrhée grasse du visage. — On commence par extraire le comédon de chaque bouton d'acné ; il faut ensuite empêcher la récidive et traiter en temps même la séborrhée grasse. Pour cela, on se servira pour la toilette du visage de l'eau, boriquée à 4 0/0 additionnée de l'eau de toilette suivante :

Eau de Cologne	100 gr.
Essence de verveine.....	1 gr.
Menthol.....	0 gr. 25
Thymol.....	0 gr. 30

Us. ext.

Chaque soir lavage avec l'infusion d'ipéca (*v. ci-dessus*). La nuit et dans la journée, faire poudrer au talc boriqué (*v. ci-dessus*), et le jeudi et le dimanche faire le matin un lavage à la macération de bois de Panama et de quassia à parties égales (2 0/0 de chaque) en faisant mousser sur tout le visage : rincer ensuite à l'eau boriquée, puis poudrer au talc boriqué.

E. Vogt.

Les pâtes, par Pautrier (*Revue prat. des mal. cutanées*, 1er avril 1902). — Les matières grasses qui entrent dans la composition des pâtes peuvent être des graisses dures, adeps lanœ, lanoline — ou molles : vaseline, axonge — ou liquides : huile d'olive, huile de lin. Toutefois, on devra donner la préférence aux graisses molles, telles que la vaseline ou l'axonge, ou le mélange de lanoline-vaseline à parties égales.

Les matières pulvérulentes, employées pour la confection des pâtes, sont : l'oxyde de zinc, l'amidon, le kaolin, le carbonate de magnésie, la craie préparée, la terre d'infusoires. Cette dernière (ceyssatite de Darier) est une terre de silice, particulièrement recommandable à cause de sa porosité et de son pouvoir d'attraction capillaire.

Les poudres les plus employées sont : l'oxyde de zinc, l'amidon et la terre de diatomées.

Exemple de pâte dure :

Oxyde de zinc.....	10	grammes
Ceyssatite.....	2	—
Axonge benzoïnée.....	28	—

(Unna)

A côté de ces pâtes, il convient de placer les « pâtes molles », dans lesquelles la matière grasse est représentée par une huile, et auxquelles on peut incorporer de l'eau :

Craie préparée.... .....
Oxyde de zinc.....
Huile de lin.....
Eau de chaux..... } ãã

(Unna)

Il faut encore ajouter que l'on peut faire des pâtes souples, s'appliquant bien, en incorporant à du glycérolé d'amidon des poudres inertes dans la proportion de 10 à 30 0/0.

Mode d'action. — Les pâtes contenant une proportion notable de graisse, cette graisse im-

bibe la couche cornée, augmente sa souplesse, ou la lui restitue si elle l'avait perdue.

Mais la quantité considérable de poudres qu'elles contiennent aussi leur donnent en même temps une porosité assez grande; c'est-à-dire qu'elles ne forment pas à la surface de la peau un revêtement imperméable, mais permettent à la peau de continuer à fonctionner normalement sous un enduit protecteur.

Par leur perméabilité, elles ne s'opposent pas à la perspiration cutanée, c'est-à-dire à l'exhalation aqueuse ou transpiration invisible, et n'ont pas l'action irritante qui est souvent le fait des pommades. De plus leur porosité, leur pouvoir d'attraction capillaire, leur permettent d'absorber les sécrétions de la peau. *La réunion de ces deux propriétés fait donc des pâtes des agents décongestionnants.*

Indications. — Chaque fois que l'on se trouvera en face d'une lésion enflammée, irritée, congestionnée, on se gardera bien d'appliquer une pommade, qui par l'enduit imperméable qu'elle formerait à la surface de la peau, par la rétention des sécrétions cutanées qu'elle réaliserait, augmenterait l'inflammation et la congestion, mais on appliquera une pâte. Celle-ci formera à la surface des lésions un enduit protecteur suffisamment souple, qui les mettra à l'abri de l'air et des poussières et exercera en même temps son action antiphlogistique. Ce pouvoir décongestionnant des pâtes permet d'obtenir dans un temps très court, en quelques jours à peine, des résultats thérapeutiques remarquables. En quelques jours on transforme une lésion irritée, congestionnée, œdématiée, suintante, en une lésion d'où tout processus de congestion aiguë a disparu, et qui peut alors supporter un traitement énergique; c'est ainsi que dans des eczémas aigus, dans des lésions impétiginisées, une fois que l'on aura fait tomber les croûtes par des pulvérisations, dans les lésions eczématisées, etc., l'emploi des pâtes assèche rapidement les lésions et permet alors de les attaquer énergiquement.

Mais du mode d'action des pâtes il est une deuxième conséquence : c'est que si l'on y incorpore un médicament actif, il n'agira qu'en surface. L'imbibition de la couche cornée par la graisse mélangée à la matière pulvérulente de la pâte, se faisant d'une façon beaucoup moins complète que par la graisse pure d'une pommade, les phénomènes d'osmose seront beaucoup moins actifs, et l'agent thérapeutique agira superficiellement.

Au contraire, dans une pommade, la graisse de la couche cornée et la graisse de la pommade se mêlent beaucoup plus intimement et par conséquent, le médicament actif incorporé à la pommade pénètrera et agira beaucoup plus profondément.

Mode d'application. — L'application d'une pâte se fait d'une façon très simple : on enduit la surface à recouvrir en frottant avec un doigt ou avec une pince garnie de coton, chargés de la pâte. On la recouvre soit de gaze aseptique, soit d'un tissu imperméable; on peut recouvrir de ouate ou mieux encore de gaze aseptique.

On peut augmenter le pouvoir dessiccateur d'une pâte en saupoudrant par dessus avec une poudre inerte telle que la poudre de talc ; on obtient dans ce cas une action décongestionnante plus marquée.

Tout pansement fait avec une pâte doit être renouvelé une ou deux fois par jour. Pour détacher la pâte, on frotte avec un tampon de coton enduit de vaseline pure ou d'huile; la pâte ramollie se détache alors et on peut l'essuyer aisément. L'avantage des pâtes à base de glycérolé d'amidon est de permettre leur nettoyage à l'eau chaude, avantage qui peut être appréciable lorsqu'il s'agit de lésions excoriées, très sensibles, au niveau desquelles le fait de frotter avec de la vaseline pour détacher la pâte pourrait être douloureux.

E. Vogt.

De l'importance des excipients, dans la thérapeutique dermatologique par Pautrier. (*Rev. prat. des mal. cutanées* 1er avril 1902) — Les différents modes de présenter l'agent actif à la peau jouent dans le traitement des maladies cutanées un rôle des plus importants.

Il n'est pas indifférent en effet d'appliquer tel médicament sous forme de lotion, de pommade, de pâte ; le résultat obtenu pourra être tout différent, excellent ou détestable.

Le soufre p. ex., médicament d'un usage courant en dermothérapie, agent anti-séborrhéique par excellence, peut être employé sous forme de lotions hydro-alcooliques, de pâte, ou enfin sous forme de cérat.

Or le résultat obtenu par ce même agent présenté de ces quatre manières pourra être entièrement différent.

Si le malade a la peau d'un grain assez fin, ou facilement irritable, l'application d'une pommade soufrée pourra déterminer des phénomènes inflammatoires intenses ; au contraire le même malade aurait parfaitement toléré l'application d'une pâte, même avec doses de soufre supérieures.

Si on se propose de traiter un eczémateux par une pommade, des réducteurs faibles, tels que l'ichtyol par exemple, pourront déterminer un nouvelle poussée inflammatoire. Au contraire l'application d'une pâte ou d'un glycérolé

à l'ichthyol sera très bien supportée par le malade, améliorera l'état de ses lésions et permettra sans danger l'emploi d'une pommade active quelques jours plus tard.

Les propriétés physiques de l'excipient expliquent d'un autre côté les résultats différents obtenus par une pâte médicamenteuse, une pommade, un emplâtre par ce fait qu'elles règlent la pénétration plus ou moins profonde du médicament à l'intérieur de la peau. C'est ainsi qu'une lotion aqueuse qui contient un agent actif en suspension ou en dissolution dépose simplement une couche légère de cet agent à la surface de la peau. Son action sera celle de cet agent appliqué directement en poudre excessivement fine. Une pâte, qui est un mélange de graisses et de poudre, pénètre la couche cornée par la graisse qu'elle contient ; mais les substances pulvérulentes qu'elle contient aussi lui donnent une porosité qui permet le fonctionnement normal de la peau, et l'absorption des sécrétions cutanées. Dans ces conditions l'agent médicamenteux contenu dans une pâte ne pénètre pas très avant à l'intérieur des tissus et ne dépasse guère la couche cornée. Dans les pommades, composées de graisses et d'un agent médicamenteux, l'occlusion de la peau par les substances grasses est à peu près complète ; la perspiration cutanée ne s'effectue plus ; les produits de sécrétion de la peau sont retenus à sa surface ; il s'ensuit une inflammation locale, une dilatation des capillaires, des phénomènes congestifs ; dans ces conditions les échanges osmotiques entre les graisses de la peau et les graisses chargées de substance médicamenteuse sont beaucoup plus actifs et l'agent médicamenteux pénètre beaucoup plus profondément.

Enfin, dans les emplâtres, l'occlusion de la peau est complète ; les emplâtres sont donc des agents extrêmement actifs ; le médicament dont ils sont chargés agit profondément.

Ce n'est pas au hasard que l'on doit s'adresser à une lotion ou à une pommade ; il faut savoir ce que l'on veut, comment l'on veut agir, et quels sont les agents que l'on a à sa disposition dans tel cas donné.

E. Vogt.

Massage des ulcères, par Munter (*Rev. de Cinésie*, 20 avril 1902). — L'auteur préconise surtout le massage immédiat du fond de l'ulcère.

Voici comment il procède. Les mains étant soigneusement désinfectées et la plaie étant nettoyée au savon et par une solution antiseptique, on commence par faire des effleurages et du pétrissage musculaire et, s'il y a lieu, du pétrissage des paquets variqueux dans toute la partie du membre voisine de l'ulcère. Ensuite, on enduit la pulpe des doigts indicateur et médian de vaseline boriquée que l'on promène sur les bords de la plaie en pratiquant des effleurages dans une direction centrifuge avec une énergie en rapport avec l'état de ces bords.

Les frictions seront très fortes si ceux-ci sont calleux. On prend soin de décoller doucement en évitant d'arracher les croûtes qui y adhèrent.

Enfin l'on pratique sur le fond de l'ulcère des effleurages à nu, sans intervention du moindre tissu. Douces si la plaie est fort sensible, turgescente, et saigne facilement, ces manœuvres seront beaucoup plus énergiques si elle est torpide et atonique. Toute la séance ne dépasse pas dix minutes.

Le malade est autorisé à marcher pendant toute la durée du traitement.

L'auteur donne quelques observations.

La première malade, atteinte d'ulcère variqueux depuis deux ans, avait suivi un traitement de 3 mois par l'immobilisation et les pansements secs. La cicatrisation avait été imparfaite avec persistance d'une croûte. Le massage a amené en un mois une cicatrisation parfaite avec un épiderme solide : il fut fait 12 séances.

La deuxième malade avait un ulcère variqueux profond et anfractueux et deux plus petits.

L'un de ces derniers fut traité par la méthode ordinaire, les 2 autres par le massage. Moins de 3 semaines après le début du traitement, le grand ulcère, qui avait été massé 8 fois était notablement réduit. Le petit ulcère massé s'était complètement cicatrisé au bout de 10 jours et en 4 séances ; le troisième qui ne l'avait pas été n'avait guère changé d'aspect.

La 3e malade portait un ulcère spécifique très profond de 3 cm. de diamètre. En moins de 3 semaines (10 massages environ), la plaie était bien remplie et presque cicatrisée, réduite à 1 cm. de diamètre. Un traitement antérieur ordinaire par les pansements prolongés pendant plusieurs semaines n'avait pas donné d'amélioration sensible.

Le 4e et le 5e cas concernent deux malades porteurs d'ulcères de cicatrice dans lesquels la rétraction de la peau n'avait pas permis le rapprochement des bords. Dans ces 2 cas, le résultat fut négatif. Le 6e malade avait un ulcère tuberculeux large de 2/3 cm. L'immobilisation longtemps prolongée et les pansements secs avait été appliqués sans résultat.

En 15 jours et une demi-douzaine de massages, l'ulcère était réduit à 1 cm. 1/2 de largeur. Ce malade, comme le 2e et le 3e n'a pas eu la patience de poursuivre le traitement jusqu'à la guérison complète.

En résumé, le massage des ulcères amène une circulation plus abondante au voisinage de la plaie, facilite l'élimination des parties de tissu sphacélé; ramollit les bords, les décolle et en permet ainsi le rapprochement. Indépendamment de son action curative rapide, il supprime promptement la douleur et les sensations pénibles dans la plaie et le membre.

En second lieu, en permettant la marche il ne force pas les malades à interrompre leurs occupations.

E. Vogt.

Pharmacologie

Dr Vogt

Ex-Assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Le naftalan, par Le Tanneur (*Le Caducée* 1er mars 1902). — Si l'emploi de la chandelle comme préservatif des excoriations est toujours en honneur dans l'armée, par exemple, c'est parce que l'expérience a montré que le suif était, des divers corps gras essayés, celui qui fondait le plus lentement et continuait le plus longtemps son rôle protecteur de la peau. Or, il y a un produit qui, tout en possédant un point de fusion encore plus reculé que le suif, n'a aucun des inconvénients de celui-ci : c'est le naftalan.

Ce corps complètement neutre, extrait d'un nafte spécial du Caucase, constitue un onguent naturel, d'odeur aromatique *sui generis*. Son point de fusion est 112°. Ni caustique, ni toxique, il est, au contraire, antipruritique, antiphlogistique, et possède un remarquable pouvoir antiseptique, antiparasitaire et désodorisant. Le naftalan pourrait donc être appelé à remplacer le suif dans l'hygiène du fantassin, d'autant qu'il a une action très efficace dans l'hyperhydrose.

Le naftalan donne en outre de bons résultats dans les eczémas chroniques, crevasses, gerçures, fissures, aussi bien à l'anus qu'aux extrémités. On peut obtenir des résultats remarquables dans le psoriaris par les applications du naftalan après décapage. Il réussit également dans le pityriasis, et peut, dans le traitement de la gale, remplacer la pommade classique.

Dans les pays chauds, son point de fusion élevé rend son application très pratique et, de plus, son action analgésique est précieuse contre les piqûres de moustique.

E. Vogt.

Incompatibilité de la teinture d'Hamamelis Virginica avec la Teinture d'Hydrastis Canadensis par Hamdi. (*Revue méd. pharmaceutique de Constantinople* 15 février 1902). — Lorsqu'on mêle ces deux teintures, il apparaît immédiatement un trouble, dû sans doute à ce que le tannin, la matière résineuse et l'huile volatile que renferme l'hydrastis ont une action sur les éléments de l'hamamelis, d'où précipitation des dérivés insolubles. Comme souvent cette préparation est administrée par gouttes et qu'elle est délivrée dans des flacons compte-gouttes, la matière insoluble vient obstruer l'orifice du compte-goutte, et il arrive un moment où il n'y a plus d'écoulement. L'auteur, pour obvier à cet inconvénient, propose d'ajouter *une goutte* d'acide chlorhydrique par chaque 15 gr. du mélange des deux teintures en question; il ne se produit alors aucun trouble et le mélange se conserve limpide et sans dépôt pendant longtemps.

Cette petite addition d'Hcl n'altérerait nullement la composition de la préparation.

E. Vogt.

Utilisation thérapeutique du cacodylate de soude et emploi de l'arsenic en injections intra-veineuses (*Therap; Monatshefte*, avril 1902). — Mendel a pratiqué plus ne 400 injections intra-veineuses de cacodylate de soude : la méthode est de beaucoup la plus efficace et elle est facile à exécuter, à l'exception de quelques cas rares, où les veines du pli du coude sont très peu développées.

On se servira d'une seringue de Pravaz avec aiguille très fine : en retirant le piston après la piqûre, le sang doit entrer facilement dans la seringue.

Les 30 malades ainsi traités présentaient les affections suivantes : chloro-anémie 6 cas, tuberculose 11 cas, diabète 1 cas, goître 3 cas, affections nerveuses 5 cas, affections cutanées 3 cas, carcinome 1 cas.

Chloro-anémie. — Dès les premières injections, les symptômes classiques s'amendent et on arrive en 4 à 6 semaines à un résultat satisfaisant. Dans un cas compliqué d'insuffisance mitrale, le souffle diminua manifestement.

On débutera par 0,05 gr. : on peut aller jusqu'à 0,2 gr. avec repos de huit jours au bout de 3 semaines.

Tuberculose. — Dans 3 cas de tuberculose pulmonaire grave, la fièvre et les lésions locales ne rétrocédèrent pas, mais l'état général, le poids du corps, l'appétit s'améliorèrent. Dans 7 cas d'infiltration des sommets avec fièvre ne dépassant pas 38°5, les résultats furent plus remarquables, et dans 3 cas les lésions locales rétrocédèrent : dans un cas, le poids avait aug-

menté de 7 kilos au bout de huit semaines de traitement.

Dans un cas compliqué de tuberculose des organes génitaux, opéré auparavant, mais présentant des fistules, un abcès périanal et un état général grave, les fistules se fermèrent et le poids augmenta de 7 1/2 kilos en 5 semaines : les lésions pulmonaires restèrent sans changement.

Diabète. — Un cas, avec régime peu observé. La quantité de sucre ne diminua pas, mais l'état général se transforma entièrement.

Goître. — 2 cas de maladie de Basedow avec 1 insuccès. Dans un autre cas ayant résisté jusqu'ici à toutes les médications, le goitre avait disparu au bout d'un mois de traitement (tous les 2 jours 0,05 à 0,1 gr.), et le pouls était tombé à 100.

Dans un cas de goitre simple. réfractaire à la médication iodée, des injections intraparenchymateuses de cacodylate associées au traitement intra-veineux provoquèrent une diminution notable de la glande hypertrophiée.

Affections nerveuses. — Un cas de sciatique, traité depuis 5 semaines sans aucun résultat, fut guéri avec 8 injections de 0,075 gr. dans le nerf même. Chaque injection provoqua une douleur intense de 15 minutes de durée.

2 cas de migraines tenaces cédèrent aux injections, qui paraissent représenter un véritable spécifique de cette affection. Deux mois après cessation du traitement, les migraines n'avaient pas reparu.

Affections cutanées. — Un cas de psoriaris grave ne fut pas influencé, mais on constata que le traitement était admirablement supporté, alors que tous les autres arsénicaux provoquaient des accidents graves, même à faibles doses. Dose par jour, 0,3 gr.

Dans deux cas d'acné vulgaire de la face, amélioration considérable après 6 semaines de traitement.

Carcinome. — Insuccès absolu dans un cas inopérable de cancer du sein malgré de nombreuses injections locales et intra-veineuses.

E. Vogt.

L'anilide de l'acide métaarsénique (*Soc. méd. de Berlin* 5 mars 1902). Schild, à la clinique dermatologique de Lassar, a étudié ce composé nouveau, se présentant sous l'aspect d'une poudre blanche, sans odeur ni saveur, soluble dans l'eau. Les solutions jaunissent à la longue, sans que pour cela il y ait décomposition, car elles sont très stables. Le produit, expérimenté sur des animaux, s'est montré vingt fois moins toxique que l'acide arsénieux.

Les essais, sur l'homme, en ingestion stomacale, n'ont pas été heureux, le remède provoquant des troubles digestifs : en revanche, la voie hypodermique ne présente pas d'inconvénients, même à la dose de 0 gr. 4, en une fois, de substance active (deux seringues d'une solution à 20 o/o). Il est vrai qu'en injectant plusieurs fois de suite, des doses de 0 gr. 2 à 0 gr. 3, on finit par provoquer des vertiges, des céphalées, de l'irritation pharyngée, mais on s'aperçut ensuite que l'emploi de solutions plus diluées facilitait l'emploi du remède, et l'on adopta définitivement des injections de 0,2 gr. de substance active, qu'on put alors continuer assez longtemps sans préjudice pour les patients.

Les mêmes tâtonnements conduisirent, en fin de compte, à un résultat technique satisfaisant au point de vue du mode d'emploi. On commença à prendre les précautions aseptiques les plus minutieuses, et l'on injecta dans les muscles de la fesse; peu à peu, on se départit de cette rigueur et aujourd'hui, on ne prend pas plus de précautions qu'avec une injection hypodermique de morphine, par exemple, et on introduit le liquide dans le tissu sous-cutané. 1500 injections, faites sur 75 malades, n'ont jamais donné le plus petit accident.

La faible toxicité du produit tient sans doute à la lenteur avec laquelle il se décompose dans l'organisme. Après une injection de 0 gr. 2, on ne voit apparaître l'arsénic dans les urines que deux jours plus tard : l'élimination atteint son maximum le 5e jour et continue jusqu'au 7e.

Le produit a été employé *seul* dans 18 cas : dans les autres, on se servit concurremment de opiques divers. Les maladies traitées sont dest dermatoses chroniques : parmi elles, le *psoriasis* a toujours été notablement amélioré, mais on n'obtint, pas plus qu'avec d'autres traitements, de guérison définitive. Sur 14 cas de *lichenzuber*, neuf furent guéris dans un temps relativement court, quatre sont encore en traitement, mais en voie de guérison : un seul cas, très grave du reste, résista entièrement à la médication.

En résumé, on se trouve en présence d'une préparation arsénicale aussi efficace que les autres, et offrant le grand avantage d'une toxicité minime.

Dans la discussion qui a suivi cette communication, Blumenthal a entretenu la Société des essais faits par lui sur des animaux : ils succombent à l'administration de doses élevées, avec les symptômes de l'intoxication arsénicale. L'aniline qui entre dans la composition du produit ne semble pas jouer un rôle toxique.

Lassar revient sur les effets obtenus dans le lichen ruber : ils démontrent à ses yeux que c'est bien l'arsenic qui agit dans la préparation.

E. Vogt.

Valeur thérapeutique de la lécithine par le Dr Diego, (*Revista de Medicina y. Cirugia Practica.* février 1902). — Le phosphore est un tonique du système nerveux, un excitant de la nutrition et quand la quantité normale diminue dans l'organisme à la suite de surmenage intellectuel, de douleurs, etc. il se produit des états morbides caractérisés par une débilitation organique et surtout de la neurasthénie.

Comme l'administration du phosphore pur offre quelques dangers, on a essayé les glycéro-phosphates, le suc orchitique etc.

Aujourd'hui on préfère la lécithine. Avec cette substance l'auteur a pu voir la circulation se régulariser, le nombre et la puissance des contractions cardiaques augmenter et la tachicardie disparaître; la nutrition se relève, ainsi que le poids de l'individu : la diurèse est abondante et l'urine prend une teinte plus foncée grâce à la plus grande quantité d'urée qu'elle contient ; la calorification est plus énergique et l'individu ressent une sensation de bien-être et de vigueur intellectuelle et génésique inconnue jusqu'alors.

L'ovolécithine est donc indiquée dans les maladies suivantes : 1° Neurasthénie, surtout dans la forme cérébrale : dès les premières doses, les vertiges, l'insomnie et la fatigue intellectuelle disparaissent ; 2° Rachitisme ; 3° Anémie ; 4° Tuberculose ; 5° Spermatorrhée : 6° Impuissance ; 7° Scrofule ; 8° Lymphatisme.

Elle est encore indiquée dans le mal de Pott, la carie des os, les suppurations prolongées, la convalescence de maladies graves et en général dans tous les cas caractérisés par de la débilité organique.

Elle est enfin indiquée chez les individus sains, au moment où ils doivent faire une forte dépense d'énergie intellectuelle.

On peut administrer la lécithine soit à l'état de combinaison avec les aliments qui la contiennent soit sous forme de médicament.

F. Bérini

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

IODOFORME

Iodoforme (Méthane triodé), CHI^3 contient 96,7 0/0 d'iode.

Propriétés physiques et chimiques. — Paillettes hexagonales, jaune clair, d'odeur safranée, pénétrante. Insoluble dans l'eau, soluble dans :

6 0/0 d'éther,
12 0/0 d'alcool à 90° bouillant,
80 0/0 d'alcool à 90° à froid,
14 0/0 de chloroforme,
3,5 0/0 de sulfure de carbone,
14 0/0 de naphtol camphré,
30 0/0 d'huile d'olive,
16 0/0 d'huile d'olive saturée de camphre,
40 0/0 de vaseline liquide.
30 0/0 de salicylate de méthyle.

Les solutions alcooliques et éthérées se décomposent au contact de l'air et de la lumière : elles prennent une teinte rouge violet et donnent naissance à de l'iode et à des composés iodés. Il faut donc avoir soin de conserver ces préparations dans des flacons exactement remplis, de couleur jaune, que l'on place dans des endroits frais, à l'abri de la lumière. Les solutions doivent être stérilisées à basse température (par la méthode de Tyndall).

Désodorisation par le café, la coumarine, le salicylate de méthyle.

Incompatibilité. — Avec l'azotate d'argent et la glycérine (mélange caustique), avec le calomel en pommade ou paquets (formation d'iodure de mercure), avec les alcalis (décomposition).

Intoxication. — L'état liquide et le contact de certains tissus favorisent l'absorption de l'iodoforme. Surveiller son emploi chez les enfants, les vieillards, les cardiaques, les cachectiques. L'intolérance se traduit par des troubles digestifs (anorexie, goût désagréable, sécheresse de la langue, nausées, vomissements) vasculaires et respiratoires (pouls fréquent et petit, dyspnée), rénaux (albuminurie) et surtout nerveux (céphalalgie, affaiblissement de la mémoire, insomnie, agitation, délire et parfois coma ; phénomènes pseudo-méningitiques chez les enfants).

Propriétés et indications thérapeutiques. — Antiseptique puissant : le pouvoir antiseptique, à peu près nul *in vitro*, est énergique en présence des tissus vivants (composés iodés formés au contact des tissus). Très employé dans le pansement des plaies opératoires ou accidentelles, des ulcérations tuberculeuses et syphilitiques, de l'ecthyma.

A l'intérieur, de plus en plus rarement, dans la tuberculose (nuisible dans les formes fébriles et éréthiques, car il prédispose aux phénomènes congestifs, aux hémoptysies).

Analgésique : à ce titre, utilisé pour le traitement des fissures anales, de la rectite dou-

loureuse, du cancer du sein et de l'utérus, du vaginisme, du prurigo.

Formes pharmaceutiques, posologie. — Usage interne : 0 gr. 10 à 0 gr. 60 en perles d'éther ou d'huile, pilules.

Usage externe : Poudre, en applications locales; collodion, crayons, glycérine, gaze et coton (au 10e) pommade, solution éthérée, solution huileuse (en injections hypodermiques, 0 gr. 05; 0 gr. 02 d'iodoforme; *enfant* 0 gr. 05).

FORMULES

Cachets :

Iodoforme..... } ãã 0 gr. 05
Café pulvérisé..... ... }

Pour 1 cachet 2 à 4 par jour.

Capsules :

Gaïacol synthétique cristallisé..... 0 gr. 10
Iodoforme..... 0 gr. 02
Huile d'amandes douces... 0 gr. 05

Pour 1 pilule.

Collodion :

Iodoforme..... 1 gramme
Collodion élastique..... 9 —
(Codex.)

Crayon :

Iodoforme..... 10 grammes
Gomme pulvérisée..... 0 gr. 50

Eau et glycérine q. s. pour faire une masse que l'on roule en crayons.

Iodoforme..... ..... 10 grammes
Gomme arabique..... 1 —
Amidon... ..... 1 —
Glycérolé d'amidon qs.

Ether :

Iodoforme..... 5 à 10 grammes
Ether sulfurique... 100 —

Glycérolé :

Iodoforme..... 1 gramme
Glycérine..... 10 —

Huile iodoformée :

Huile d'olives stérilisée.. 30 grammes
Iodoforme..... 1 —

Pour injections hypodermiques.

Iodoforme..... 4 grammes
Eucalyptol..... ..... 12 —
Huile d'olives stérilisée.
qs. pour 100 cc.

Chaque cent. c. renferme 0 gr. 04 d'iodoforme et 0 gr. 12 d'eucalyptol pour injections hypodermiques.

Huile de foie de morue. 1000 grammes
Iodoforme..... 2 —

0 gr. 03 d'iodoforme par cuillerée à soupe.

Naphtol camphré iodoformé :

Naphtol B camphré..... 14 grammes
Iodoforme..... 1 —

1 cc. renferme 0 gr. 07 d'iodoforme.

Injecter 1/5 de cc. soit VIII gouttes dans les ganglions tuberculeux (J. Rebord et David).

Pilules :

Iodoforme..... } ãã 0 gr. 10
Extrait de quinquina... }
Essence de menthe.... qs.

Pour 1 pilule.

Iodoforme..... }
Terpine..... } ãã 0 gr. 05
Acide benzoïque..... }
Extrait de gentiane.... 0 gr. 10

Pour 1 pilule, 5 à 10 par jour (tuberculose pulmonaire).

Pommades :

Iodoforme..... 4 grammes
Vaseline..... 30 —
Essence de menthe..... I à II gouttes
Iodoforme..... } ãã 2 grammes
Baume du Pérou.... }
Vaseline..... 30 —

(Chancres, hémorragies, fissures anales, etc.).

Poudres :

Poudre de M. Lucas-Championnière.

Poudre d'iodoforme. }
Poudre de quinquina gris..... }
Poudre de benjoin.. } ãã 100 grammes
Poudre de carbonate de magnésie..... }
Essence d'eucalyptus 12 gr. 50

A renfermer en petits sachets de gaze que l'on applique sur les plaies.

Poudres composées pour désodoriser l'iodoforme :

Iodoforme..... 2 grammes
Café pulvérisé ..... 1 —
Iodoforme..... 5 —
Coumarine..... 1 —
Iodoforme..... 10 —
Menthol..... 0 gr. 50
Iodoforme..... 10 grammes
Essence d'eucalyptus ou de cannelle de Ceylan. I gouttes
Iodoforme..... 10 grammes
Camphre..... 5 —
Iodoforme..... 10 —
Phénol cristallisé..... 5 —
Iodoforme..... 5 —
Essence de roses..... II gouttes

Suppositoires :

Iodoforme..... .... 0 gr. 20
Extrait de quiquina..... 0 gr. 05
Beurre de cacao gr.....

Pour 1 suppositoire (hémorragies, fissures anales).

Vaseline liquide iodoformée :

Vaseline liquide..... 100 grammes
Iodoforme..... 250 —

Injecter 30 cc. dans la vessie (cystites tuberculeuses, Bazy).

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Conférence internationale de la presse médicale. — Le 7 avril, a eu lieu à Monaco, sous la présidence d'honneur de S. A. S. le prince Albert, la réunion de la conférence internationale de la presse médicale, que nous avions annoncée.

Elle a pleinement réussi. Outre les fêtes splendides qui ont été données dans la principauté à cette occasion, l'œuvre de la conférence de Monaco aura été, de tout point, excellente et l'on peut dire que, de ce jour, date une période nouvelle dans l'organisation générale de la presse médicale.

Les statuts de l'*Association internationale* ont été arrêtés d'une façon définitive, et grâce à des rédactions transactionnelles proposées par le Bureau au cours de la discussion des articles les plus litigieux, on est parvenu à en voter le texte presque toujours à l'unanimité.

Les points les plus importants de cet ensemble de décisions ont été les suivants :

L'admission des journaux dans l'Association internationale a été subordonnée à leur admission préalable dans une des associations nationales existantes.

L'échange entre les journaux membres de l'association, a été déclaré de droit, sous réserve du remboursement de la différence du prix d'abonnement par le journal qui demande l'échange, et sauf opposition du propriétaire du journal.

La protection des articles publiés dans les journaux médicaux a été réglée d'une façon formelle. Les articles originaux ne peuvent être reproduits sans l'autorisation du journal qui les a publiés. L'analyse d'un travail original, par contre, est entièrement libre, ainsi que la reproduction photographique des dessins scientifiques, à la condition de citer la source.

Enfin la reproduction pure et simple d'une analyse entraîne l'obligation de citer, non seulement la source du travail original, mais la revue à laquelle a été empruntée l'analyse.

Nous signalons tout spécialement cet article aux nombreux journaux qui nous font l'honneur de reproduire les analyses de la *Revue de la thérapeutique*. Nous autorisons ces reproductions et ces traductions de la façon la plus libérale, mais nous entendons que la *Revue* où elles ont été prises soit citée : *la citation de la source du travail ne suffit plus*

La composition du Comité de l'Association, la répartition des représentants des diverses nationalités au sein de ce Comité, ont fait l'objet d'articles soigneusement étudiés. Jusqu'en 1903, les membres de la Conférence de Monaco constituent le 1er Comité de l'Association.

Le Siège de l'Association a été fixé à Bruxelles où résidera le secrétaire-trésorier (le Dr Péchère).

Le président et le secrétaire général ont été renommés par acclamations (Pr Cornil et le Dr Blondel).

Le plan d'un office international de presse médicale centralisant les résumés des travaux originaux (résumés envoyés par leurs auteurs) et les répartissant entre les journaux adhérents de l'Association sera présenté à la prochaine réunion de celle-ci, qui aura lieu à Madrid en 1902, immédiatement avant le XIVe Congrès international des Sciences médicales.

A l'issue de la conférence, le prince de Monaco a conféré au Président Cornil et au secrétaire général le Dr Blondel, la croix de l'Ordre de Saint-Charles.

Le 10 avril, à Nice, un banquet de 150 couverts, était offert par la municipalité de Nice aux membres de la conférence et au corps médical de la région à l'Hôtel du Parc-Impérial. En l'absence du Dr Cornil, rappelé à Paris, le Dr Blondel a pris la parole au nom du Bureau et a remercié pour sa splendide réception, la municipalité Niçoise, à laquelle s'étaient joints le préfet des Alpes-maritimes et tous les sénateurs et députés du département.

Voici quelle était la composition de la Conférence, Président M. Cornil; Vice-présidents : MM. Richet et Laborde ; secrétaire général : R. Blondel; trésorier : M. Beaudoin. — Délégués : *France*. MM. Valude, Janick et Robin. *Allemagne* : MM. Eulenburg, Posner, Spatz, et Adler. *Angleterre* : MM. Dawson Williams, Creasy et Smith. *Italie* : MM. Maragliano, Rummo, Ascoli et Calderini. *Espagne* : MM. Cortezo et Ulecia. *Belgique* : MM. Dubois-Havenith, Dejace et Péchère. *Hollande* : M. Pynappel. *Danemarck* : M. Ehlers. *Norwège*. M. Nicolaysen. *Bohême* : M. Panyrek.

Nlle Imprimerie, R. Lasnier dir., 35-37, rue St-Lazare, Paris — *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Règlement général du XIVe Congrès International de Médecine

(*Suite et fin.*)

Art. X. — Les membres du Congrès devront, au moment de l'inscription, indiquer la section à laquelle ils désirent appartenir; nonobstant ils pourront assister et prendre part aux travaux des autres sections.

Art. XI. — Un comité exécutif composé du président, secrétaire général et trésorier, et des présidents et secrétaires des sections, est chargé de la gestion et du fonctionnement du Congrès.

Art. XII. — Le Congrès siègera tous les jours, soit en assemblées générales soit en réunions des sections.

Art. XIII. — Deux Assemblées générales ordinaires auront lieu, une pour l'ouverture et l'autre pour la clôture du Congrès.

Il y aura en outre autant d'assemblées extraordinaires qu'on jugera nécessaires : le nombre en sera fixé ultérieurement par le Comité exécutif. Ces assemblées seront destinées à des conférences auxquelles seront invitées les éminences scientifiques des différentes nations. Seulement les conférenciers auront la parole dans ces assemblées.

Art. XIV. — Dans la séance d'ouverture le secrétaire général rendra compte des travaux d'organisation du Congrès, le président lira le discours d'inauguration, on fera la présentation des délégués officiels, et l'on proclamera les présidents d'honneur.

Dans la séance de clôture on rendra compte des délibérations du Congrès, on désignera le lieu de sa prochaine réunion et l'on procèdera à l'élection de son bureau.

Dans ces séances ne pourront prononcer de discours que les Congressistes qui y auront été désignés et invités par le Comité exécutif.

Art. XV. — Les Comités des sections organiseront leurs programmes de travaux (lecture et discussion des communications, examen des propositions présentées etc.).

Chaque section nommera, dans sa première séance, ses présidents d'honneur, et désignera ses secrétaires adjoints. Partie de ceux-ci seront choisis parmi les Congressistes étrangers pour faire le résumé verbal des communications présentées dans des langues différentes, et pour en faciliter ainsi la discussion.

Art. XVI. — Le président de chaque section dirigera les séances et les débats dans la forme établie dans tous les corps délibérants.

Pourront être soumises au vote seulement les questions d'ordre intérieur.

Les questions scientifiques ne pourront être l'objet d'aucune votation.

Art. XVII. — Le temps assigné à chaque communication ne doit pas dépasser *15 minutes* et les orateurs qui prendront part aux discussions ne pourront parler plus de *5 minutes*.

Les auteurs de communications disposeront de *10 minutes* pour répondre à toutes les objections. Exceptionnellement et quand l'importance du sujet le justifie, le président pourra accorder plus de temps à l'orateur.

Les membres qui prendront part aux discussions; devront remettre au secrétaire de la section, avant la levée de la séance, un court résumé de ce qu'ils ont dit.

Art. XVIII. — Les communications se référant aux travaux du Congrès, doivent parvenir au Comité exécutif avant le 1er janvier 1903, ce dernier se chargera de leur transmission à la section respective. (1).

Toutes les communications devront être accompagnées d'un court résumé, en forme de conclusions, si possible; cet extrait sera imprimé par les soins du Comité exécutif et distribué aux Congressistes de la section correspondante.

Art. XIX. — On pourra présenter des communications après le 1er janvier 1903 et même pendant le Congrès, mais elles ne seront mises à l'ordre du jour qu'après discussion de celles présentées dans le délai prescrit.

Art. XX. — Le texte écrit de tous les travaux présentés au Congrès, soit dans les assemblées générales, soit dans les sections, doit être remis le jour même au secrétaire du bureau respectif. Le Comité exécutif décidera sur son insertion totale ou partielle dans les comptes rendus.

Art. XXI. — Les langues officielles du Congrès dans toutes les séances seront l'espagnol, le français, l'anglais et l'allemand.

ARTICLE COMPLÉMENTAIRE

Les dames appartenantes aux familles des Congressistes et accompagnées de ceux-ci, bénéficieront des réductions sur les chemins de fer et pourront assister aux fêtes et cérémonies qui seront données en l'honneur des membres du Congrès. Elles devront pour cela se munir d'une carte spéciale moyennant le payement de 12 pesetas par personne.

Madrid, le 11 avril 1901.

Le Président, Julian Calleja.

Le Secrétaire général, Angel Fernandez-Caro.

FÉLIX ALCAN, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, Paris, 6e

RECENTES PUBLICATIONS

Les Armes blanches, *leur action et leurs effets vulnérants,* par les Drs H. Nimier, médecin principal de deuxième classe, professeur au Val-de-Grâce, et Ed. Laval, médecin major de deuxième classe, 1 volume in-12, avec 39 gravures dans le texte ..... 6 fr.
Les Projectiles des armes de guerre, *leur action vulnérante,* par *les mêmes,* 1 volume in-12 avec 36 gravures dans le texte ..... 3 fr.
Les explosifs, les poudres, les projectiles d'exercice, *leur action et leurs effets vulnérants,* par *les mêmes,* 1 volume in-12, avec 18 gravures dans le texte ..... 3 fr.

De l'infection en chirurgie d'armée, *évolution des blessures de guerre,* par *les mêmes.* 1 volume in-12 avec gravures dans le texte ..... 6 fr.
Traitement des blessures de guerre, par *les mêmes.* 1 volume in-12 avec 52 gravures dans le texte. 6 fr.

COLLECTION MÉDICALE

Volumes in-12, cartonnés à l'anglaise, à 4 francs et à 3 francs

Envoi franco contre mandat-poste

COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

par M. le professeur Félix Terrier membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien de la Pitié.

Petit Manuel d'Antisepsie et d'Asepsie chirurgicales, par les docteurs Félix Terrier et M. Péraire, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-12, avec gravures, cartonné à l'anglaise ..... 3 fr.
Petit Manuel d'Anesthésie chirurgicale, par *les mêmes.* 1 vol. in-12, avec gravures, cartonné à l'anglaise ..... 3 fr.
L'Opération du Trépan, par *les mêmes.* 1 vol. in-12, avec 222 gravures, cartonné à l'anglaise.... 4 fr.
Chirurgie de la Face, par les docteurs Félix Terrier, Guillemain, chirurgien des hôpitaux et Malherbe, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-12, avec 214 gravures ..... 4 fr.
Chirurgie du Cou, par *les mêmes.* 1 vol. in-12, avec 101 gravures, cartonné à l'anglaise ..... 4 fr.
Chirurgie du Cœur et du Péricarde, par les docteurs Félix Terrier et Reymond, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-12, avec 79 gravures, cartonné à l'anglaise ..... 3 fr.
Chirurgie de la Plèvre et du Poumon, par *les mêmes,* 1 volume in-12 avec 67 gravures, cartonné l'anglaise ..... 4 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

ETIOLOGIE ET TRAITEMENT DU PSORIASIS (1).

Leçon professée à l'Hôpital Saint-Louis, le 19 mars 1902, par M. Balzer.

Malgré de récentes recherches sur l'étiologie du psoriasis, nous ne sommes pas encore fixés sur sa véritable nature, nous connaissons seulement un certain nombre de ses causes prédisposantes et occasionnelles.

Le psoriasis est souvent héréditaire. Souvent les sujets qui en sont atteints présentent les attributs de l'arthritisme. Les hommes sont plus fréquemment psoriasiques que les femmes, et les plus souvent atteints sont les plus forts et les plus vigoureux : d'où le nom de « dartres de forts » donné par les anciens au psoriasis.

La maladie affecte principalement les points du tégument irrités par le contact des vêtements ou par un traumatisme quelconque : les genoux, les coudes, les épaules, etc. Elle peut se révéler à l'occasion d'une vaccination. Il n'est pas rare de constater les poussées de cette dermatose à la suite d'excès de table, de boissons, etc., chez la femme au moment des règles et de la ménopause, enfin dans l'albuminurie et au cours des maladies infectieuses : en somme toutes les circonstances amenant une certaine dépression, momentanée ou permanente, de l'individu, favorisent l'explosion et la diffusion de l'éruption psoriasique.

Ceci n'explique pas, bien entendu, le mécanisme pathogénique de la maladie. Aussi règne-t-il à cet égard plusieurs théories plus ou moins soutenables. D'après celle qui paraît la plus vraisemblable, le psoriasis aurait une origine *parasitaire*. Cette opinion est actuellement adoptée par un grand nombre d'auteurs, en France et à l'Etranger. Depuis nombre d'années, en effet, le professeur Lande, de Vienne, a décrit un parasite du psoriasis sous le nom d'*épidermophyton*. Ce microorganisme est constitué par des spores et par des bâtonnets assez allongés, que l'on constate dans le produit de râclage des placards de psoriasis, traité par une solution alcoolique de potasse à 40 0/0. Mais malheureusement ce germe n'a rien de spécifique, on le retrouve dans presque toutes les affections squameuses. Par conséquent, ce n'est pas un argument dont puisse bénéficier la

(1) Leçon recueillie par le Dr Laporte.

théorie parasitaire du psoriasis, mais les expériences d'inoculation positive du psoriasis, faites par Destot, de Lyon, sont autrement importantes. Aussi beaucoup d'auteurs, Neisser, Hallopeau, Leredde, etc. adoptent-ils la théorie parasitaire. Mais il faut dire que les recherches ont été encore fort peu nombreuses et que nous ne connaissons pas les résultats éloignés et définitifs des inoculations. Le psoriasis étant une maladie dont le propre est de durer plusieurs années, il faudrait en effet voir les résultats des expériences se maintenir dans une mesure analogue pour pouvoir en tirer des conclusions certaines. Aussi, jusqu'à plus ample informé, est-il sage de rester dans le doute à cet égard.

D'autres attribuent la maladie à une *tropho-névrose* d'origine embryonnaire, caractérisée par une fragilité particulière de l'épiderme, d'existence congénitale. Ceci expliquerait sans doute la longue durée, parfois indéfinie, du psoriasis, mais cette théorie est contredite par les faits de guérison persistante pendant huit à dix ans. Pourquoi, en effet, cette fragilité de l'épiderme serait-elle momentanée? Pourquoi cèderait-elle au traitement?

Ce qu'on admet le plus généralement dans tous les pays, c'est que le psoriasis est une *maladie générale*. Cette opinion repose sur l'allure même de l'éruption, sa tendance à la généralisation, son évolution, sa longue durée, et sur l'existance de certaines complications, telles que les arthropathies, comme je vous en montrerai un exemple chez un malade du service; telles que la cachexie, qui non seulement traduit l'action persistante du proriasis, mais peut servir de terrain à son développement chez des individus jusque-là indemnes et qui deviennent psoriasiques du jour où date leur épuisement : fait qui tend encore à faire considérer le psoriasis comme une maladie générale.

Cette hypothèse est encore confirmée par les poussées de dermatite exfoliatrice qui accompagnent le psoriasis, par sa localisation symétrique qui est remarquable chez certains individus et implique l'action directe de la maladie sur le système nerveux. On peut faire la même remarque à propos des psoriasis linéaires dont je vous ai montré un type. Enfin la production des placards sur les points irrités par le frottement semble également indiquer qu'il s'agit bien là d'une maladie *totius substantiae* se localisant seulement à la peau sous l'influence des irritations extérieures.

Le *traitement* est local et général.

Le *traitement local* consiste d'abord à amener la kératolyse ou chute des squames, afin de permettre aux topiques réducteurs d'agir directement à la surface du derme. Les agents kératolytiques sont nombreux : le plus simple est l'eau, employée soit sous forme de bains simples, prolongés pendant une à trois heures, et accompagnés de frictions faites sur le malade lui-même, soit de bains alcalins qui sont plus actifs. On fait en outre des applications de caoutchouc dans l'intervalle des bains. Enfin on peut utiliser les bains de vapeur.

L'usage des bains prolongés dérive de la pratique de certaines stations thermo-minérales, dans lesquelles on traite les psoriasiques, notamment de Louëche, qui est célèbre par ses bains dans lesquels les malades passent une grande partie de leur journée.

On peut également employer les bains savonneux, au savon mou de potasse (savon noir). Les applications de caoutchouc, dans les intervalles, peuvent être remplacées par des frictions de corps gras : axonge, vaseline, lanoline, ou de pommade d'oxyde de zinc additionnée d'acide salicylique.

C'est quand ce traitement préalable a produit l'effet qu'on en attendait que l'on commence l'application des agents réducteurs.

La *pommade au précipité blanc*, qui est particulièrement utile pour le traitement du psoriasis du cuir chevelu, est un agent tout à la fois kératolytique et réducteur; elle désagrège les squames et modifie les éléments papuleux de manière à amener la guérison sans provoquer d'irritation.

Les agents réducteurs du psoriasis, dont le nombre va toujours croissant, sont principalement : les *goudrons*, la *chrysarobine*, l'*acide chysophanique*, l'*acide pyrogallique*, l'*aristol*, l'*hydrazylamine*, le *gallacophénol*, le *gallanol*. On peut citer, comme agents réducteurs d'énergie plus faible : le *précipité blanc*, le *calomel*, le *soufre*, l'*ichtyol*.

Ces agents paraissent déterminer par soustraction d'oxygène à la surface de la peau la production d'éléidine et la kératinisation. Encore doivent-ils être employés avec une certaine modération pour donner ces heureux résultats. Par leur abus, on risquerait en effet d'amener une congestion extrêmement vive et même une inflammation du derme.

Appliqués à dose faible ou moyenne à la surface du derme, ils manifestent leur action par un état d'anémie locale accompagnée de la disparition de la sensation de prurit et bientôt suivie de la résolution complète de l'infiltration papuleuse.

Il faut ajouter que ces agents exercent en même temps une action antiseptique et c'est peut-être là qu'il faut voir la véritable raison de leur action curative.

Parmi les goudrons, qui sont assez nombreux, les plus importants sont : le goudron de hêtre, celui de bouleau ou huile de bouleau, celui de genévrier de Provence ou huile de cade ; ce dernier est le plus actif et jusqu'à présent nous lui sommes resté fidèle, bien que dans ces derniers temps on ait beaucoup recommandé l'emploi du goudron de houille ou coaltar. J'ajoute que, depuis un certain nombre d'années, il est difficile de se procurer de l'huile de cade parfaitement pure, et que c'est à la présence des substances contenues dans ce produit qu'il faut attribuer les accidents d'intoxication qu'on observe quelquefois et qui, autrefois, étaient tout à fait exceptionnels.

L'action favorable de l'huile de cade se reconnaît à divers caractères : tels sont la disparition des squames, leur non reproduction, la disparition de la rougeur et de l'infiltration de la peau, et surtout l'*adhésion* de l'huile cadique à la surface de la peau. Lorsqu'on commence le traitement du psoriasis par l'huile de cade, on voit en effet que ce n'est qu'au bout d'un certain temps que cette substance arrive à adhérer à la peau, et c'est précisément à partir de ce moment que son action réductrice se produit. La résolution complète s'obtient au bout de 4 ou 5 semaines.

Avant d'appliquer l'huile de cade pure, on se sert de diverses préparations renfermant une proportion plus ou moins considérable de cette substance. Tels sont les glycérolés et les pommades. On emploie des glycérolés cadiques au huitième, au quart, à parties égales de glycérolé d'amidon et d'huile de cade. Ces préparations sont d'un usage courant et vraiment très commodes, mais elles ont l'inconvénient de produire sur la peau une sensation de froid assez désagréable pour les malades, particulièrement en hiver. C'est pour cette raison qu'on leur substitue fréquemment des pommades dans lesquelles l'huile de cade est associée à l'huile d'olive, à l'axonge ou à la vaseline, dans les mêmes proportions. Nous employons fréquemment dans le service la pommade cadique à 50 0/0. Ces pommades sont aussi efficaces que les glycérolés et ne présentent pas leur effet de fraîcheur désagréable.

Lorsque ces préparations ont été employées pendant un certain temps, on arrive aux applications d'huile de cade pure, et voici comme on procède. Le malade lui-même ou une autre personne frictionne d'abord isolément chaque placard psoriasique à l'aide d'un linge imbibé d'huile de cade ou avec le doigt, de façon à les imprégner profondément

de cette substance, puis il s'enveloppe dans une alèze qui peut être elle-même enduite d'huile de cade. Lorsqu'on désire rendre l'action plus intense, on recouvre l'alèze d'une toile cirée afin de retenir les vapeurs cadiques.

Ce traitement est excellent comme efficacité. Il a pourtant quelques inconvénients : le premier, c'est une action irritante assez vive, déterminant la production de petits boutons d'acné, l'*acné cadique*, qui oblige parfois à suspendre le traitement. Cette acné cadique est due à des infections locales de nature staphylococcique. Le second inconvénient est l'odeur de l'huile de cade, et des divers autres goudrons que certains malades ne peuvent supporter. Enfin la présence d'acide phénique dans les goudrons de mauvaise qualité peut amener des accidents d'intoxication, des vomissements, la diarrhée, parfois le collapsus et la mort.

Chez certains individus les goudrons amèneraient le néphrite (rare).

Il peut donc arriver qu'on soit obligé de renoncer absolument à ce mode de traitement. Mais ces cas sont si exceptionnels que je n'en ai pas encore vu à l'hôpital. Je vous recommande néanmoins d'user de prudence dans le maniement de l'huile de cade.

En dehors des glycérolés et des pommades que j'ai indiqués, on peut se servir de collodion (à l'acétone, par exemple), de vernis, qui ont l'avantage de permettre au malade de sortir, ou de savons.

Une excellente formule est la pommade de Wilckinson :

Soufre	ãã 25 grammes.
Huile de Cade	
Axonge	ãã 50 grammes.
Savon noir	

Cette préparation a une action très énergique, à la fois kératolytique et réductrice.

La formule de Lallier est encore plus active que la précédente :

Soufre	ãã (50 grammes).
Huile de Cade	
Savon	

Les diverses préparations que je viens de vous énumérer constituent en somme des moyens d'action très énergiques sur l'éruption psoriasique. Mais il est des circonstances où un traitement plus doux est nécessaire, par exemple s'il s'agit d'un psoriasis ancien et irrité. En pareil cas, vous pourrez employer les *bains* au goudron et à l'huile de cade, qui se pratiquent de deux façons différentes. Dans un premier procédé, le malade commence par s'enduire le corps d'huile de cade avant d'entrer dans le bain, dans lequel il demeure d'une demi-heure à trois quarts d'heure. C'est ce que les étrangers appellent le « bain de goudron ». Morson emploie une émulsion d'huile de cade et de savon pour enduire le corps.

L'année dernière, Schiff a indiqué la formule suivante, que nous employons maintenant :

Huile de Cade	50 grammes
Extrait du Quillaja	10 —
Jaune d'œuf	N° 1
Eau distillée Q. S. pour faire 250 grammes.	

Cette mixture est mélangée et parfaitement émulsionnée avec l'eau du bain, par le malade, qui reste dans son bain une demi-heure à trois quarts d'heure.

Il est bon de ne pas dépasser la dose d'huile de cade que nous venons de reproduire, car on a observé avec 100 grammes des phénomènes désagréables de tremblement et

de frisonnements au sortir du bain, durant 2 heures et plus, et même des vomissements.

Ces bains paraissent avoir une action résolutive très rapide, mais bien qu'on puisse les prescrire lorsque le psoriasis est en pleine période d'activité, ils conviennent plus particulièrement au traitement des vieux psoriasis.

Les autres goudrons, notamment le goudron de Norwège, peuvent s'appliquer sous les mêmes formes que nous venons d'indiquer pour le goudron de genévrier. L'huile de bouleau a une action beaucoup moins énergique, de sorte qu'on ne l'emploie guère.

On s'est vivement préoccupé dans ces derniers temps de faire disparaître l'odeur de l'huile de cade et celle des goudrons, qui est un des principaux inconvénients de l'emploi de ces substances médicamenteuses. Mais il faut dire que ces produits désodorisés qu'on peut aujourd'hui se procurer facilement ne peuvent rendre que des services limités à cause de l'action moins énergique qu'ils possèdent.

Le goudron de houille est très vanté et très usité en Allemagne, sous les mêmes formes que l'huile de cade.

Le coaltar saponiné de Lebeuf, qui est très employé en dermatologie, peut servir au début du traitement du psoriasis, en application sur des compresses.

En résumé, la méthode de traitement du psoriasis par le goudron se compose des phases suivantes ; 1° la kératolyse, obtenue au moyen de la balnéation, des savonnages, des corps gras, etc ; 2° l'application des pommades et glycérolés de goudron ou cadiques ; 3° l'application du goudron de hêtre ou d'huile de cade pures, ou l'emploi des bains cadiques ou de goudron, cette médication étant suspendue momentanément en cas de réaction trop intense.

Sous l'influence de ce traitement, la guérison s'obtient généralement en cinq ou six semaines, parfois deux mois, dans les cas anciens.

Je dois maintenant vous parler de plusieurs substances nouvelles qui joignent à une grande activité réductrice l'avantage de ne pas avoir cette odeur désagréable qui fait renoncer souvent à la médication précédente. Les principales sont l'acide chrysophanique et l'acide pyrogallique.

L'acide chrysophanique se présente sous deux formes : la chrysarobine qui est surtout en usage à l'étranger et l'acide chysophaniqne proprement dit, que nous employons plus volontiers ici. Cette substance se présente sous l'aspect d'une poudre jaunâtre très irritante ; on l'emploie comme agent réducteur sous deux formes de préparations : les *pommades* et la *traumaticine*.

On se sert de la pommade en frictions à la surface des papules, faites à l'aide d'un tampon d'ouate hydrophile monté sur un bâtonnet ; puis on enlève l'excès et on applique de la pommade de zinc ou simplement de la vaseline. On voit d'abord l'éruption pâlir d'une façon remarquable, et il se produit à la périphérie des papules un petit liseré pâle qui est lui-même entouré d'une sorte de halo rouge, qui est l'indice d'une irritation assez vive. Si le traitement est poursuivi d'une manière trop énergique, il en peut résulter une véritable dermite plus ou moins généralisée. Par conséquent ce mode de traitement par les applications de pommade chrysophanique nécessite une grande surveillance.

On n'en fera pas plus de trois ou quatre applications successives. Dans certains cas, on pourra recommencer au bout de quelques jours et porter le nombre des applications à dix ou douze.

Mais le plus souvent on préfère se servir de la *traumaticine chrysophanique* qui est ainsi formulée :

Chloroforme	80 grammes.
Gutta-percha	10 —

Faire dissoudre exactement et, dans ce mélange, ajouter 10 grammes d'acide chrysophanique ou de chrysarobine.

Cette préparation est appliquée à l'aide d'un pinceau à la surface de la peau et forme en se desséchant un vernis très adhérent qui détermine les effets décrits tout à l'heure à propos de l'acide chrysophanique.

Ces applications sont renouvelées tous les jours pendant six à huit jours. Puis le malade prend un bain et se repose vingt-quatre ou quarante-huit heures, avant de reprendre les applications sur les éléments psoriasiques qui ont résisté à l'action du traitement.

Ce procédé, très propre et inodore, n'a aucun des inconvénients de l'huile de cade; cependant il présente celui de pouvoir déterminer, par le transport de la substance médicamenteuse jusque dans les yeux du malade, une conjonctivite ou une kératite ulcéreuse d'une certaine gravité. Si cet accident n'a pu être évité, vous y remédierez très rapidement à l'aide d'un collyre cocaïné (au 50 mc) Sous l'influence de l'acide chrysophanique peut aussi se développer une dermite déterminant une desquamation parfois très étendue et créant un sérieux obstacle au traitement. Des expériences très intéressantes de Pouchet ont montré que la production de ces dermites tient à la décomposition de l'acide chrysophanique par la sueur, et en particulier par les sueurs alcalines. De cette notion résulte qu'on doit éviter les applications alcalines diverses, telles que bains alcalins, savons alcalins, dans le traitement par l'acide chrysophanique.

L'acide pyrogallique est presque aussi actif dans le psoriasis que l'acide chrysophanique, et si on l'emploie moins, c'est qu'il y a des inconvénients plus prononcés. La forme à peu près exclusivement usitée est celle de pommades plus ou moins concentrées. Celles à 5 0/0 et même à 3 0/0 sont généralement très suffisantes. La dose de 10 0/0 doit être considérée comme un maximum que vous ne devrez atteindre que chez les individus très tolérants et en en continuant l'usage pendant quelques jours seulement.

On emploie parfois l'acide pyrogallique sous forme de vernis, de traumaticine (à 10 0/0), de collodion ou d'emplâtre.

Nous employons dans le service la formule suivante :

Acide pyrogallique.....	aâ 3 grammes
Ichtyol.....	
Vaseline.....	100 grammes
Essence de mirbane q. s. pour parfumer.	

Ce mode de traitement est énergique et permet d'obtenir la résolution du psoriasis en 2 ou 3 semaines.

Il a pu donner lieu, assez rarement du reste, à quelques accidents d'intoxication. Le premier symptôme qui traduit l'intolérance pour l'acide pyrogallique est la coloration noire ou verdâtre des urines. C'est un avertissement qui doit faire cesser immédiatement la médication, sous peine de voir survenir des troubles plus graves, tels que vomissements, céphalée, diarrhée, vertiges, et si cette situation se prolongeait, on conçoit qu'il puisse en résulter un grand affaiblissement, le collapsus et même la mort (cela s'est vu).

Un autre inconvénient de l'acide pyrogallique est de colorer les ongles en noir.

On peut dans une certaine mesure s'opposer aux effets de cette substance toxique par l'association des acides, soit en faisant ingérer une limonade chlorhydrique pendant la durée du traitement, soit en incorporant du jus de citron dans les pommades d'acide pyrogallique.

En outre, les alcalins semblent, comme dans le cas de l'acide chrysophanique, avoir une influence nuisible et favoriser l'action pénétrante de l'acide pyrogallique. Il faut donc les éviter, et, notamment, donner des bains simples au lieu de bains alcalins.

Certains auteurs ont proposé comme succédané l'*acide pyrogallique oxydé*. L'acide pyrogallique ayant subi une certaine oxydation au contact de l'air devient, en effet, beaucoup moins toxique.

On a récemment présenté en Allemagne divers produits voisins de l'acide pyrogallique, l'*eugallol*, le *lénigallol*, qui seraient moins dangereux.

En résumé, le traitement du psoriasis repose sur l'emploi des trois principaux agents suivants : les goudrons, — huile de cade, huile de bouleau, goudron de Norwège, — l'acide chrysophanique ou la chrysarobine, et l'acide pyrogallique. Ces divers médicaments peuvent souvent être combinés.

Vous procéderez de la façon suivante. Le malade prendra d'abord un bain savonneux d'une heure environ, dans lequel il se frotte de façon à desquamer. Ensuite il est enveloppé d'une couche de vaseline. Cette opération préalable est répétée au besoin, et lorsque la desquamation est suffisante vous commencez les applications dont je viens de parler.

Je vous conseille de commencer presque toujours par l'acide chrysophanique ou pyrogallique, s'il s'agit d'un psoriasis discret, dont les éléments sont disséminés à la surface du corps. Mais au bout de dix à quinze jours vous êtes forcé de suspendre, parce qu'il y a de l'érythème chrysophanique, ou bien, si vous avez employé l'acide pyrogallique, parce que vous craignez les accidents d'intoxication. C'est alors que vous emploierez les goudrons, soit le *glycérolé cadique fort*, soit l'*huile de cade* pure, soit les badigeonnages avec un mélange de *goudron* et de gomme arabique (ââ 50 gr.) qui a l'avantage de rester collé sur la peau. Vous pouvez par ces divers moyens continuer l'action résolutive et arriver à la guérison complète du psoriasis.

Mais lorsque le malade semble complètement guéri, lorsque le psoriasis a été « blanchi », suivant l'expression usitée, il faut lui recommander une hygiène spéciale de la peau, les bains, les savonnages, principalement les bains à l'huile de cade dont nous avons donné la formule dans la dernière conférence. En outre il observera un régime spécial, s'abstiendra de boissons, de charcuteries, d'aliments épicés, de gibier, etc., bref des aliments qui favorisent le développement de toutes les dermatoses en général.

Tel est le traitement du psoriasis que vous emploierez le plus habituellement.

Je vous énumérerai maintenant quelques autres remèdes de moindre importance, qui peuvent cependant parfois trouver leur application dans des cas particuliers.

C'est d'abord le *naphtol*; beaucoup moins actif que les substances précédentes, il a l'avantage d'être inodore; il s'emploie toujours à doses faibles, en pommades à 2 ou 3 0/0.

On emploie beaucoup en Allemagne l'*antrarobine*, qui est moins active que la chrysarobine, mais a l'avantage de ne pas amener d'érythème. (Dose : 10 0/0).

Puis viennent une série de produit moins répandus : le *gallacophénol*, (en pommade à 10 0/0), l'*hydrazylamine*, très active mais malheureusement trop toxique; le *gallaiol*, un anilide de l'acide gallique qui a l'avantage de ne point tacher, qui n'est pas toxique, et que nous employons dans le service en pommade à 10 0/0.

Le *traitement interne* du psoriasis a perdu aujourd'hui beaucoup de son importance. Il y a quelques quarante ans, on se servait bien aussi du traitement externe par l'huile de cade, mais on n'aurait pas su traiter un psoriasis sans administrer l'arsenic à dose plus ou moins élevée jusqu'à la guérison.

L'*arsenic* est en effet réellement utile dans l'affection qui nous occupe. On le prescrit surtout sous forme de liqueur de Fowler (arsénite de potasse) en commençant par la dose de six gouttes par jour et en l'augmentant progressivement jusqu'à 10, 15 et même 20 gouttes. On a soin de les faire prendre au milieu des repas. On peut employer la liqueur de Pearson à dose triple, les granules de Dioscoride, les pilules asiatiques, etc.

Enfin dans ces derniers temps l'apparition de l'acide cacodylique et du cacodylate de soude à permis d'administrer la médication arsenicale à dose bien plus élevée. On peut injecter quotidiennement 0. gr. 05 et même 0. gr. 10 de cacodylate de soude. On a préconisé également les injections de liqueur de Fowler, mais celles de cacodylate sont presqu'exclusivement employées.

Toutefois, la cure arsenicale est très lente et en somme vous ne réussirez pas à guérir un psoriasis, ou seulement au bout d'un temps très long, si vous n'associez pas le traitement externe à la médication interne. Presque tous les dermatologistes prescrivent du reste la médication arsenicale au cours du traitement externe du psoriasis. Certains auteurs préconisent, à l'instar de la méthode d'administration du mercure dans la syphilis, des traitements successifs par les injections de cacodylate de 15 à 20 jours de durée, suivis d'une période égale de repos.

On peut arriver par ce procédé au bout d'un certain temps, et même sans traitement externe, à guérir, c'est-à-dire à blanchir un psoriaris. Mais pas plus que par la méthode externe, il ne faut compter sur une guérison définitive.

Il faut toujours avertir le malade qu'une récidive est possible au bout de quelques mois, et même au bout de quelques semaines.

On emploie également dans le psoriaris les cures thermales de St-Gervais, Royat, Plombières, Louèche, la Bourboule, de Ronceguo et Lévico, dans le Tyrol.

On a proposé d'autres médicaments, qni sont certainement inférieurs à la médication arsenicale ou cacodylique.

L'*iodure de potassium* pour être efficace doit s'administrer à des doses extrêmement élevées; il faut commencer par 4 ou 5 grammes et augmenter jusqu'à 20, 30 et 40 grammes par jour! On cite un malade auquel on avait fait absorber ainsi dans l'espace de 40 jours huit cent grammes d'iodure! C'est dire le peu de valeur de cette médication que je ne vous conseille pas d'employer, quoique certains l'aient vantée.

Toutefois l'iodure sera employé si le malade est syphilitique, mais sans atteindre les doses formidables que je viens de rapporter. L'iodure sera utile également si le malade présente des arthropathies au cours de son psoriasis. Mais on doit s'assurer de la tolérance rénale et digestive des individus avant d'administrer ce médicament.

Je me bornerai à citer, sans y insister, le traitement thyroïdien qui a parfois donné lieu à des accidents déplorables et exige une grande prudence dans son application.

En somme la cure du psoriasis repose essentiellement sur le traitement externe.

Deux mots sur le traitement du psoriasis unguéal. Il consiste à desquamer les ongles et les parties voisines par la macération soit à l'aide des applications de savon gras, soit par des bains de mains prolongés, soit, ce qui est le plus simple, par des enveloppements caoutchoutés. Quand l'ongle commence à se décaper, vous faites de petites lotions avec une solution de potasse caustique à 5 ou à 10 0/0, et quand la région est détergée, vous appliquez la traumaticine chrysophanique ou les emplâtres chrysophaniques.

Il va sans dire que vous devez surveiller de près les effets de ces topiques sur la région si délicate de l'extrémité digitale, afin d'interrompre le traitement aussitôt qu'il se manifeste un certain degré d'érythème. En pareil cas, vous remplacerez les diverses substances que nous venons d'énumérer par une simple application de corps gras.

Un point de vue à considérer dans le traitement des tuberculeux, à propos d'un cas de guérison de tuberculose pulmonaire.

par le Dr Naammé de Tunis
(Membre correspondant de la Société de Thérapeutique).

Qu'il me soit permis de relater sommairement le cas d'un tuberculeux guéri. Son observation ne présente rien d'original, il est vrai, mais je me propose de la faire suivre de quelques réflexions touchant un nouveau point de vue à envisager dans le traitement de la tuberculose.

Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans qui vint me trouver vers la fin du mois d'août 1901. Il toussait depuis huit mois environ ; vers cette époque, il eut des crachements sanguinolents où l'examen bactériologique révéla la présence de quelques bacilles de Koch. Voici les symptômes que je constatai chez mon malade lors de sa visite : submatité aux sommets du poumon droit, plus accusée en arrière, augmentation des vibrations thoraciques, bronchophonie, respiration soufflante en avant et souffle tubaire en arrière accompagnés de nombreux râles sous-crépitants. Crachats muco-purulents. Amaigrissement. Manque d'appétit. Je le soumis immédiatement au traitement suivant : pointes de feu aux sommets malades tous les dix à quinze jours; 0 gr. 10 d'ovo-lécithine avant chacun des trois principaux repas ; 0 gr. 05 de cacodylate de soude en injection hypodermique tous les deux jours; 0 gr. 01 à 0 gr. 02 de codéine associée à 0 gr. 20 de bromhydrate de quinine, le soir en se couchant, suivant le plus ou le moins d'exaspération de la toux.

En deux mois l'appétit se rétablit, la toux diminua considérablement et les crachats devinrent beaucoup moins abondants et de couleur blanchâtre.

Actuellement, le dernier examen ayant été fait le 14 de ce mois de mars — mon malade ne *tousse plus*; par conséquent, *il n'a point de crachats*. Aucun râle aux sommets naguère atteints ; on constate néanmoins une respiration basse, rude, en avant et un souffle tubaire en arrière, lequel est accompagné de quelques frottements-râles, symptômes stéthoscopiques dus certainement aux cicatrices des anciennes lésions pleuro-pulmonaires, quoique la pleurésie sèche localisée à la région sus et sous-épineuse droite ait tout d'abord passé inaperçue. Il pèse 75 au lieu de 69 kilos. Malgré cela je l'ai engagé — ce qu'il a d'ailleurs fait jusqu'ici — à reprendre de temps en temps l'ovo-lécithine et les injections de cacodylate de soude.

Ce traitement, comme on le voit, n'a rien de spécifique. Il a pour but de relever l'organisme défaillant qui, en meilleure posture, peut lutter avantageusement contre le bacille de Koch.

C'est à cette seule condition que l'on pourra obtenir la guérison de la tuberculose; et je ne crois pas, pour ma part, que l'on réussisse dans les tentatives de sérothérapie antituberculeuse ; la sérothérapie en général n'aura, à mon point de vue, chance de réussir que dans certaines conditions que je vais préciser.

J'estime que la réussite en matière de sérothérapie dépend du mode d'évolution et de contagion du microbe. Celui-ci est d'autant plus favorable à la production de substances immunisantes qu'il évolue cycliquement, ce qui donne lieu à présumer que sa déchéance n'est que le terme ultime de son évolution, tel, par exemple, le diplocoque de la pneumonie, et les microbes à découvrir de la variole, de la rougeole, du typhus, etc. La guérison, quand

elle survient dans les maladies aiguës, est non-seulement liée au mode d'évolution cyclique donnant naissance à des produits immunisants, mais encore au caractère essentiellement contagionniste, passez-moi l'expression, du microbe infectant : celui-ci, dans la variole, la rougeole, le typhus, etc, s'attaque épidémiquement à un grand nombre de personnes ne présentant souvent aucune déchéance ou tare organique, ce qui fait que le terrain individuel ne joue pas un rôle prépondérant dans la contagion, laquelle revient presque toute entière à l'agent microbien.

Il en est tout autrement de la tuberculose. Celle-ci n'est nullement cyclique; elle peut être aiguë, subaiguë ou chronique, et un tuberculeux peut parfois même mourir à un âge avancé d'une toute autre maladie ; elle présente fréquemment des périodes d'accalmie correspondant à une amélioration dans l'état général. Tout cela indique clairement qu'il n'est pas dans le caractère du bacille de Koch de favoriser la production des antitoxines ou des substances protectrices, d'autant que la prédisposition individuelle joue le premier rôle dans la genèse de cette maladie. En effet, ce sont les descendants des tuberculeux, les usés par les excès surtout alcooliques, les débilités et les convalescents des maladies graves qui font, en général, appel au bacille de Koch. Et l'augmentation des échanges respiratoires signalée récemment par Robin chez les candidats à la tuberculose, indique le rôle prépondérant du tissu organique.

J'irai même plus loin et je dirai que j'entends également condamner tous les médicaments dits anti-bacillaires, qui comme l'a si bien dit Peter, tuent le malade en visant le microbe. Leur prétendue action bactéricide ne serait qu'éphémère attendu que le bacille battu — supposons le ainsi — sur l'instant pourra repulluler plus tard dans un organisme qui offrant toujours la même prédispositton, continuera à être un merveilleux milieu de culture.

Pour résumer ma pensée en terminant je dirai qu'une forme atténuée d'une des maladies infectieuses précitées constitue, dans la majorité des cas, non-seulement un gage de nérison, mais encore d'immunité pour l'avenir, celle-ci survenant également à la suite des formes graves qui guérissent; tandis qu'une tuberculose atténuée ou localisée telle qu'un lupus ou une otite ne met nullement à l'abri d'une méningite ou d'une granulie; de même qu'une tuberculose pulmonaire guérie, constitue un lieu de moindre résistance et partant d'appel à une réinfection par le bacille de Koch.

Pour cela, il m'a semblé pouvoir déclarer cliniquement que celui-ci ne se prête pas à a sérothérapie.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 14 Avril 1902

Présidence de M. Sevestre

M. Patein présente une note intitulée ; *Contribution à l'étude des calculs intestinaux d'origine médicamenteuse.*

Il s'agit d'une femme d'une trentaine d'années, entrée à l'hôpital Lariboisière. Cette malade était très nerveuse et se plaignait de douleurs abdominales et dans la région du foie. On crut d'abord à des coliques hépatiques, on pensa ensuite à la présence d'un tænia, et les selles furent examinées. On y trouva *trois calculs et des fragments de calculs dont le poids total était de* 1 gr. 36. Ces calculs étaient d'une *couleur blanche à peine jaunâtre* et d'une structure homogène ; ils ne posédaient pas de noyau central et se pulvérisaient facilement. L'analyse chimique a montré qu'ils contenaient une substance soluble dans la benzine et un peu dans le chloroforme, donnant de l'acide sulfureux en brûlant, en fondant à 115° ; c'était du *soufre.*

Les calculs ne contenaient ni *cholestérine,* ni *pigments biliaires,* ni *xanthine,* ni *cystine,* ni *oxalate de chaux.*

La malade avait pris pendant quelque temps des cachets dont elle ne connaissait pas la composition, mais dans lesquels il n'est pas téméraire de supposer qu'il entrait du *soufre,* lequel soufre paraît avoir été l'origine des calculs ; c'est en tout cas le seul mode d'introduction expliquant la présence dans l'intestin d'un corps qui ne s'y rencontre pas normalement. Ce n'est d'ailleurs pas un fait isolé, comme le démontre une observation fournie par M. Tapret. Il s'agissait d'une jeune femme atteinte de constipation opiniâtre : elle n'allait à la selle qu'à l'aide de purgatifs et avait alors des évacuations liquides. Cette constipation s'accompagnait, non seulement de douleurs abdominales, mais encore de pesanteur et d'irritation du côté des organes génitaux. Dans le rectum, on constata la présence d'un corps dur volumineux. A l'aide de pinces spéciales on put le retirer plus ou moins fragmenté, et on reconnut, en réunissant ces fragments, qu'il était constitué par un cylindre de 10 à 12 centimètres de hauteur, 3 centimètres environ de diamètre et vide à sa partie centrale, c'est-à-dire que le rectum s'était tapissé, sur une certaine étendue, d'une matière solide et dure, d'une épaisseur telle que le canal central n'avait plus un diamètre suffisant pour se laisser franchir par les matières solides et que la défécation ne s'opérait que dès que les selles étaient rendues liquides. L'analyse chimique démontra que cette matière agglomérée était surtout formée de *soufre* et de *magnésie,* et on apprit que, depuis longtemps, la malade absorbait des poudres purgatives dans lesquelles entraient, en forte proportion, le *soufre* et la *magnésie calcinée.*

L'analogie entre les deux observations est évidente ; dans toutes deux la présence simultanée du soufre et de la magnésie au contact du liquide intestinal semble avoir été le point de départ de la formation des masses solides qui se sont agglomérées dans l'intestin. Il est permis de supposer

que des accidents analogues se rencontrent de temps en temps. Il sera prudent, si on tient à prescrire du soufre, de ne pas l'associer à la magnésie, et en tout cas d'*éviter la forme de cachets* ; il est de beaucoup préférable de l'administrer *délayé dans une petite quantité d'eau sucrée ;* le peu de saveur d'un tel mélange rend ce mode d'administration très facile.

M. Baudoin présente, au nom de MM. Broca et Chatin, un *appareil photothérapique*. Cet appareil est basé sur l'emploi d'un arc à électrode métallique, fournissant des rayons actiniques beaucoup plus nombreux que les appareils à électrodes en charbon. On possède déjà l'appareil de Bang qui est basé sur ce principe, mais celui-ci a besoin d'un réfrigérateur, tandis que le modèle nouveau n'a nul besoin d'un dispositif de ce genre. L'électrode négative est en tout semblable à celles utilisées pour la production de la lumière, mais l'électrode positive se compose d'un charbon à âme métallique (composé de fer et carbone). Un régulateur maintient fixe l'écartement entre les deux électrodes.

Malgré des intensités électriques élevées, on n'observe pas d'échauffement pénible pour les malades, et il ne se produit jamais de feu d'artifice électrique : l'arc électrique est stable. Les effets actiniques sont intenses, il y a production surabondante de rayons violets et ultra-violets. Pour éviter la transformation en chaleur de ces rayons, il y avait lieu d'exercer une compression plus énergique et plus continue que la compression à la main en usage ordinairement : un dispositif spécial assure cette compression.

Un manchon métallique emprisonne les deux pôles, pour mettre les malades à l'abri d'érythèmes ou d'ophtalmies graves. Au cours de la période d'essais, un infirmier a été assez sérieusement atteint d'accidents de ce genre, ce qui a décidé l'adoption du manchon : ce dernier est percé d'ouvertures permettant de traiter trois malades à la fois, et d'une quatrième fenêtre permettant de contrôler les charbons.

L'appareil à compression consiste en un casque métallique muni de boutons sur lesquels s'agrafe une bandelette : les compresseurs eux-mêmes sont des lentilles en quartz de formes différentes.

M. Leredde considère que cet appareil réalise un nouveau progrès sur ceux qui l'ont précédé. L'appareil de Bang rend de grands services pour les lésions en service, d'autres réussissent mieux pour combattre les lésions en profondeur. Chaque appareil a ainsi ses indications spéciales et les efforts des constructeurs ont pour cette raison un grand intérêt thérapeutique.

M. Baudoin a constaté que l'appareil nouveau exerce plutôt une action en profondeur, il semble même, qu'il possède une action élective sur les éléments tuberculeux. Mais il serait prématuré de tirer des conclusions sur les 20 cas traités jusqu'ici à l'hôpital Saint-Louis avec cet appareil, puisque les malades traités par Finsen ne peuvent encore, à ce jour, permettre de juger définitivement des résultats, bien que les premiers cas remontent à 3 ans et davantage.

M. Leredde rappelle que le point de départ du lupus de la face réside fort souvent dans la muqueuse nasale, et que les laryngologues ne sont pas encore parvenus à guérir ces lésions. Les récidives partant de cette muqueuse sont donc toujours possibles. Finsen constate que 2 0/0 de ses malades ne guérissent pas, mais le lupus autrefois fréquent en Danemark, a disparu depuis l'introduction de la photothérapie.

M. Danlos ne partage pas cet optimisme. Il traite en ce moment une malade qui, après la 250e séance de photothérapie, est encore loin de la guérison.

M. Créquy présente une note concernant les *différents modes d'allaitement*. L'allaitement au sein constitue, cela va sans dire, le meilleur mode : on se souvient que pendant le siège de Paris, alors que le lait de vache était introuvable et que les mères étaient obligées de nourrir elles-mêmes, la mortalité infantile diminua notablement.

L'orateur n'a pas eu beaucoup à se louer du lait stérilisé, que beaucoup d'enfants vomissent. Il présente en outre cet inconvénient d'avoir provoqué la disparition des laits de chèvre et d'ânesse : ce dernier est cependant le seul aliment possible, pendant les chaleurs de l'été, pour les enfants du premier âge atteints d'entérite. En outre, chez certains adultes épuisés, il est accepté alors que toute autre alimentation est impossible.

Parmi les laits de vache, celui de la race hollandaise, contenant moins de beurre que celui de la race normande, sera mieux supporté par les enfants dyspeptiques.

En résumé on a tort de faire un grand éloge des laits stérilisés et maternisés, car on entraine ainsi les mères à renoncer à nourrir elles-mêmes.

M. Bardet ne partage pas l'opinion de l'orateur. Les laits de chèvre et d'ânesse ont pu rendre autrefois des services, mais ils ont le tort capital d'atteindre des prix exorbitants et de ne pouvoir être adoptés que par la classe aisée, chez laquelle précisément la mortalité infantile est de beaucoup la moins élevée. Grâce au lait stérilisé, on arrive aujourd'hui, dans la classe pauvre, à conserver nombre d'enfants qui eussent jadis succombé à la diarrhée et à l'athrepsie. Les résultats obtenus dans les hôpitaux concordent, à ce point de vue, avec ceux fournis par la clientèle.

Il est certain que quelques enfants ne supportent pas le lait stérilisé, qui est *surgras;* dans ce cas, on s'adressera au lait de Gærtner ou au lait maternisé, produits beaucoup plus proches du lait maternel que les laits de chèvre ou d'ânesse.

M. Dignat cite un cas où le lait d'ânesse permit de maintenir un enfant débile à un poids invariable, alors qu'auparavant, avec le lait maternisé, il maigrissait sans cesse. L'orateur rappelle que Comby a mis en évidence les méfaits du lait stérilisé, qu'il accuse de produire dans certains cas, le scorbut.

M. Sevestre rappelle qu'on se trouve en présence des modes d'alimentation suivants : 1° latt maternel; 2° lait d'ânesse, excellent mais constituant une alimentation de grand luxe, souvent difficile à trouver, très altérable; 3° lait stérilisé. Ce lait est parfois mal supporté, mais il rend et rendra d'immenses services. Quant à l'opinion de Comby, elle se rapporte à des observations prises en Amérique; 4° lait maternisé. Mêmes inconvénients que le lait stérilisé.

Ces deux laits, pour être bien acceptés, doivent être fraîchement préparés. Les fabricants, il est vrai, ne sont pas de cet avis, mais l'expérience prouve que ces produits subissent avec le temps des modifications.

Dans ces derniers temps, l'orateur a expérimenté avec grand succès un *lait stérile*, conservé tel quel grâce à la présence d'oxygène sans pression.

En résumé, la question est sous doute délicate, mais il est certain que le lait stérilisé, mis aujourd'hui à la portée de toutes les classes de la Société, constitue un progrès considérable.

M. Bouloumié rappelle un point laissé dans l'ombre par les précédents orateurs. Le lait stérilisé aide la mère qui n'a pas assez de lait, à mener à bien l'allaitement au sein. Loin de faire disparaître ce mode d'alimentation, le lait stérilisé le favorise.

M. Fissinger donne lecture d'une note sur la *diététique des albuminuriques*. Certains néphritiques, pris d'accidents neurasthéniques, doivent être remontés par une alimentation plus substantielle que le régime lacté : on pourra même permettre dans ces cas l'usage du vin, dont on a beaucoup trop médit dans ces dernières années. Sous l'influence du changement de régime, on voit souvent des albuminuriques affaiblis guérir de leur affection : en outre, l'effet moral est considérable, quand on permet à un malade condamné au lait de reprendre l'alimentation ordinaire.

Quels sont les cas où cette substitution est avantageuse ? Ici, la question se complique, car on peut assister à des accidents très graves si on s'adresse à un malade atteint de sclérose rénale avancée.

En résumé, la diététique des albuminuriques est à examiner à nouveau.

M. Bouloumié se déclare d'accord avec le précédent orateur : il est certain que dans quelques cas on a tort de continuer indéfiniment le régime lacté. Chez nombre de malades le lait n'exerce aucune action thérapeutique et le régime alimentaire ordinaire produit de bons résultats, si on se décide à le prescrire.

L'orateur pense qu'on parviendra à reconnaître quels sont les malades de ce genre, par l'examen des urines, en tenant compte surtout du taux de l'urée, de l'acide urique, etc. La diminution trop accentuée de ces produits de désassimilation indique un état d'épuisement de l'organisme qu'on pourra chercher à combattre par une alimentation plus riche. Il va sans dire que dans ce dernier cas on prendra toutes les précautions nécessaires pour éviter l'accumulation des toxines dans l'oganisme.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

Le traitement local de la diphtérie (*The British Medical Journal*, 15 mars 1902). — Dr F. R. Cooper (Bowdon) fait remarquer qu'on a tendance aujourd'hui à trop négliger le traitement local, et pense que l'on obtient de bien meilleurs résultats en combinant ce traitement avec le traitement général. Il recommande l'usage de l'acide phénique en gargarisme, avant qu'il y ait formation de fausses membranes dans la gorge : ce mode de traitement local aurait pour but de détruire les bacilles *in situ*, et d'arrêter l'évolution de la maladie. M. Cooper doit à l'usage des gargarismes phéniqués le plus grand nombre de ses succès.

De plus, l'auteur pense que, même dans les cas où l'affection subit visiblement l'effet de l'antitoxine diphthérique, il est encore bon de conseiller les lavages ou inhalations de la gorge avec des solutions alcalines, telles que l'ethymol, la listérine, associées ou non à l'eucaïne ou à la cocaïne.

Enfin, dans les cas rebelles à l'action de l'antitoxine, c'est-à-dire, dans les « cas mixtes » de diphtérie, présentant un caractère septique ou érysipélateux, M. Cooper fait valoir l'utilité des antiseptiques les plus énergiques et la nécessité du grattage des fausses-membranes, sous chloroforme.

M. Vipont Brown avoue que, depuis que les injections avec le sérum anti-diphtérique sont connues, il a négligé entièrement le traitement local. Les résultats ont toujours été heureux, si ce n'est dans un cas où, le bacille de Klebs-Loëffler n'ayant pas été décelé à l'examen, il y eut paralysie diphtérique grave avec mort. Pour M. Vipont Brown, le véritable et seul traitement de la diphtérie consiste dans l'emploi du sérum anti-diphtérique, et même dans les cas douteux, cette antitoxine devra encore être expérimentée.

M. R. W. Marsden reconnaît aussi l'importance du sérum anti-diphtérique, injecté dès le début de l'affection et ne croit pas que le traitement local de la diphtérie puisse, à défaut du traitement général, produire de bons résultats.

M. Christophe Heywood partage les idées de M. Cooper au sujet de l'utilité et de la nécessité du traitement local, qui ne doit être négligé, pas plus dans les cas graves et légers de diphtérie que dans les cas mixtes « M. Heywood ne conseille pas le chlorate de potasse, d'après ce qu'il a observé dans plusieurs cas.

M. David Owen rapporte deux cas de guérison absolue de diphtérie, uniquement par les injections d'antitoxine.

M. Alex. Fraser dit qu'il traite la diphtérie comme un empoisonnement général du sang. Le traitement local, conseillé quelques jours avant l'usage des injections de sérum, ne lui a jamais donné de guérison.

M. K. T. Milner pense qu'il ne faut pas exagérer le rôle du traitement général, et rappelle qu'il y a douze ans, il obtint au « Royal Infirmery » d'excellents résultats par l'acide azotique, en solution forte, appliqué localement sur les fausses membranes qui tapissaient le pharynx.

L'auteur mentionne une épidémie d'hémoglobinurie, survenue il y a à peu près 20 ans, à la suite de l'administration du chlorate de potasse à doses massives.

M. Howson Ray conseille le traitement local et le traitement général. Il fait savoir que la toxine sécrétée par le streptocoque peut occasionner une forme de diphtérie, dans laquelle le bacille de Klebs-Loëffler peut être absent.

M. Herbert Lund a confiance dans le traitement local de la diphtérie, conseillé dès le début de l'affection, et apprend que son père avait pour habitude d'employer, quelques jours avant le traitement par les injections de sérum, le chlorure de zinc en solution variant de 1 gramme à 30 grammes. Jamais, il n'eut à déplorer aucun accident.

M. Cooper répond aux différentes critiques de cette communication, et, tout en insistant sur l'utilité du traitement local dans la diphtérie, reconnaît que le traitement général a une importance capitale.

R. Blondel.

Traitement du croup (*Therap. Monatshefte*, avril 1902). — Bayer recommande le traitement suivant :

1° Calomel..... 0 gr. 16
Sucre en poudre..... 2 grammes

Mêlez et divisez en VIII poudres égales. Une poudre toutes les 2 heures.

2° Chlorhydrate d'apomorphine..... 0 gr. 01
Eau distillée,..... 100 grammes
Acide chlorhydrique dilué..... II gouttes
Sirop simple..... 10 grammes

Toutes les deux heures une cuillerée à café ou à entremets.

On donne alternativement les deux médicaments : au-dessous de 2 ans, chaque dose de calomel ne devra pas dépasser 0 gr. 015.

L'apomorphine sera continuée jusqu'à guérison : le calomel sera supprimé pendant quelques heures tous les après-midi, dès que les symptômes s'amendent.

Au bout de 12 heures de ce traitement, on constate en général une amélioration manifeste, et les symptômes inquiétants disparaissent vers le 3e ou 5e jour.

L'auteur n'ordonne jamais d'inhalations ou d'autres médicaments.

E. Vogt.

Un cas de tétanos traité par le sérum antitétanique et par la morphine. Mort. (*The British Medical Journal*, 15 mars 1902). — M. Neslitt O'D. Burns signale un cas de tétanos consécutif à une blessure par arme à feu. Sous l'action du chloral et du bromure de potassium administrés toutes les trois heures, et sous l'effet de l'aconit et de la morphine, en injections hypodermiques, les convulsions cessèrent pendant 10 heures environ. Mais, dès le lendemain, les contractions spasmodiques réapparurent, et malgré les 50 c.c. de sérum anti-tétanique, injectés à 5 reprises différentes, le malade mourut ayant 152 de pouls et 38° de température.

R. Blondel.

Vaccination contre l'érysipèle à répétition par L. Isnard. (*Gazetta Medica Italiana* N° 7 1902). — L'auteur donne deux observations de femmes souffrant presque tous les mois d'érysipèle de la face, chez lesquelles il a eu l'idée d'essayer comme traitement une vaccination par le sérum sanguin des malades elles-mêmes. Le sang a été recueilli aseptiquement le jour où l'accès d'érysipèle était terminé ; quelque temps après, au moment où un nouvel accès se préparait, il injecta aux deux sujets de 25-30 ccm. de ce sérum. La réaction locale se borna à une légère sensation de tension et de cuisson ; léger œdème ; pas de réactions générales. Les deux malades depuis ces injections se portent très bien et n'ont pas eu d'attaques d'érysipèle : on pourrait croire à une simple coïncidence, néanmoins l'auteur se range à l'idée qu'il s'agit ici d'une véritable vaccination due au sérum.

A. L. Percival.

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la faculté de Médecine.

Maladie de Basedow. Thyroïdectomie, par Cristiani (*Clinica Moderna* n° 13-1902). — Femme de 42 ans, offrant la symptomatologie classique de la maladie de Basedow, compliquée de phénomènes de psychopathie à forme mélancolique anxieuse, qui la poussait au suicide. On fit la thyroïdectomie en septembre 1898 : l'opération réussit très bien et la malade à partir de ce moment se rétablit peu à peu jusqu'à guérison complète ; celle-ci s'est maintenue jusqu'à ce jour.

A. L. Percival

Thérapeupique alimentaire de la glycosurie, de l'albuminerie, et des hémorragies par la gélatine, par Laffont et Lombard (*Le Progrès Médical*, 3 avril 1902). — A tous leurs malades atteints de glycosurie, albuminurie ou hémorragie, les auteurs ont administré la même quantité de gélatine; 15 grammes par jour constituent la proportion véritablement active ; plus forte, en effet, la dose ne serait pas dissoute entièrement dans la masse sanguine, et, inutilisée serait éliminée avec les fèces. Si au contraire, la quantité de gélatine est inférieure à 15 grammes les résultats ne sont pas toujours comparables.

C'est dans les cas d'hémoptysie seulement qu'il sera nécessaire de prendre de la gelée froide ; mais, comme le dégoût serait rapide, il importe que cette gelée ne soit pas absorbée seule ; et il sera préférable de la faire ingérer avec du jambon, des viandes froides, etc. Dans tous les autres cas, il suffira de faire tiédir légèrement la gelée pour obtenir un bouillon d'un goût agréable et d'une absorption facile. Au reste la dose journalière sera prise en plusieurs fois (trois ou quatre) suffisamment espacées et au gré du malade.

Dans les diabètes bénins, la guérison est de règle et s'observe en un temps variable de dix à

quinze jours. Chez les malades gravement atteints on observe, en moyenne, une diminution de 10 grammes de glycose environ par litre d'urine et cela quelle que soit la quantité d'urine émise en 24 heures ; mais il ne faut pas croire que le traitement doive cesser après la disparition du symptôme ; il doit, au contraire, être suivi pendant longtemps.

Dans l'albuminurie, la durée du traitement est plus variable ; mais ici encore il faut le continuer longtemps après la disparition du symptôme. Enfin, si le diabète est compliqué d'albuminurie, le glycose et l'albumine diminuent simultanément ; cependant, dans la plupart des cas, c'est l'albumine qui disparaît le plus rapidement. Dans l'une et l'autre de ces affections, même si l'une complique l'autre, le traitement conserve toute son activité si le malade est dans le coma ou en imminence de coma.

Dans les hémorragies, la durée du traitement est éminemment variable selon le lieu de l'hémorragie. En général, son efficacité se manifeste dans les premiers jours ; mais s'il s'agit d'hémorragie utérine (métrite), il devra être bien plus prolongé que pour toute autre perte de sang. Cependant, s'il arrive que l'efficacité s'exagère au point d'amener parfois un arrêt complet des règles, il faudra ; le mois suivant, ne faire suivre le régime que durant les dix jours qui précéderont l'époque présumée des règles et aussi pendant le temps qu'elles dureront.

Les auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

A. — Toutes les fois qu'un vice de nutrition modifiera la crase du sang et ses propriétés cryoscopiques, le médecin et le malade en sont avertis par la présence de l'albuminurie, de la glycosurie ou d'une hémorragie.

B. — Que ce syndrôme soit ou non accompagné d'une lésion anatomique, dans la grande majorité des cas cette lésion est réparable si l'on a soin de supprimer la cause qui l'a produite et qui l'entretient.

C. — La gélatine semble le seul agent capable de rendre normale la plasticité du sang, et ce à la dose de 15 grammes par jour. Elle constitue une médication inoffensive et ne reconnaît aucune contre-indication. Son emploi doit être prolongé.

E. Vogt.

Erythème noueux compliqué d'iritis par A. W. Allan (*British Medical Journal*, 1901, p. 1267. — Dans un cas d'érythème noueux des deux jambes, avec forte fièvre et sans aucun symptôme rhumatismal, apparut brusquement peu avant la disparition de l'enanthème, une iritis double ; cette dernière guérit sans synéchies par l'atropine et les compresses chaudes en même temps que disparaît l'éruption.

R. Blondel.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement des abcès intra-péritonéaux de l'appendicite, (*The British Medical Journal*, 23 février 1902). — M. F. O. Wallis, rapporte plusieurs cas d'abcès intra-péritonéaux, d'origine appendiculaire, et pense qu'il est préférable, avant d'inciser d'emblée ces abcès, d'ouvrir la grande cavité péritonéale que l'on protégera par des compresses et par des éponges. Si le pus est très abondant, on fera coucher le malade sur le côté. Ce n'est qu'après avoir fait l'évacuation la plus complète du pus, qu'on ouvrira plus largement la cavité péritonéale, et qu'on fera un tamponnement à la gaze iodoformée. L'appendice devra être enlevé; et autant que possible, la plaie sera rendue très sèche.

M. A. E. Barker pense que, toutes les fois qu'on le pourra, on fera l'ablation de l'appendice. Si pourtant, on ne pouvait au moment même de l'évacuation de l'abcès, faire l'appendiectomie, à cause de la gravité de l'opération, il faudrait la pratiquer ultérieurement. L'auteur conseille, pour le nettoyage de la cavité péritonéale, la solution salée plutôt que les solutions antiseptiques, et préfère le drainage par mèche au drainage par tube de caoutchouc. Enfin, à propos de l'incision de l'abcès à pratiquer, M. Barker croit qu'il ne faut pas hésiter à séparer les fibres des muscles sous-jacents, afin de donner plus de surface à l'évacuation de l'abcès.

M. James Berry, dit qu'après l'appendiectomie consécutive à l'incision d'abcès appendiculaire, la mortalité s'élève. Ainsi, sur 41 cas d'abcès appendiculaires, ouverts par une courte incision, il y eut deux morts, tandis que sur 39 cas, traités par une large ouverture, il y eut 32 morts. L'auteur a remarqué parfois que, dans certaines suppurations, la température restait très basse.

M. O. S. Wallace, d'après ses recherches, a trouvé que dans une proportion de 5 0/0 il y a formation de nouveaux abcès récidivants. En tous cas, l'appendiectomie doit être la règle.

M. W. O. Spencer attribue la grande mortalité rapportée par M. Berry à la nature de l'incision faite sur la ligne médiane plutôt que dans la fosse iliaque. Il est vrai que quelquefois on note, après l'appendiectomie, des cas de décès.

Mais M. Spencer est convaincu que les malades qui ont eu des abcès intra-péritonéaux, d'origine appendiculaire, et qui gardent leur appendice, ne jouissent pas d'une excellente santé. L'appendice devra être enlevé, ou bien au moment même de l'ouverture de l'abcès, ou bien ultérieurement.

M. C. B. Keatley recommande, avant d'ouvrir un abcès appendiculaire, de protéger le péritoine par des compresses placées tout autour de l'appendice et conseille l'élévation du bassin, afin de laisser toute la masse intestinale retomber dans la cavité du diaphragme.

M. Charters Symonds pense qu'il est préférable de ne pas faire l'ablation de l'appendice, à moins que l'abcès soit nettement localisé. L'incision qui lui semble la meilleure est celle qui est faite tout près de l'épine iliaque. M. Symonds fait remarquer que, toutes les fois que l'appendice n'a pas été enlevé, il y a lieu de redouter deux accidents, susceptibles de se produire, ou la récidive ou la suppuration prolongée.

M. Thomas Smith dit qu'il a pour habitude de faire son incision très basse, en un point qui est sous-jacent à la ligne de réflexion du péritoine, et n'a jamais eu à se repentir de sa manière de faire.

M. H. A. Caley pense que la proportion à 5 0/0 des abcès récidivants est exagérée, et d'après ses recherches, trouve une proportion de 1,5 0/0. Il demande si, pour l'évacuation de l'abcès, une contre-ouverture, faite dans la région lombaire, peut avoir quelque avantage.

M. Barling note que, dans 300 cas de complications appendiculaires, il y eut en bloc une mortalité de 12 à 15 0/0. Soixante-douze cas se rapportent à des abcès appendiculaires, avec deux morts seulement. Tous les autres cas renferment les péritonites diffuses et les suppurations étendues dont la mortalité est, naturellement, beaucoup plus élevée. M. Barling fait remarquer que les malades qui sont sujets aux récidives, sont ceux qui ont eu des crises légères d'appendicite. De plus, il rappelle que, dans les cas de suppuration, la température, qui est basse, s'élève vers le soir, et cette courbe de température est significative de la péritonite généralisée. Enfin, l'auteur recommande, quel que soit le siège de l'incision, l'ouverture la plus large de l'abcès, et dit que, dans quelques cas, il est l'occasion de faire une contre-ouverture dans la région lombaire.

B. Blondel.

Traitement de la péritonite, par De Buck (*La Belgique Médicale*. 17 avril, 1902). — L'infection du péritoine peut avoir lieu par la voie sanguine, la voie viscérale, ou la voie externe : la plupart des péritonites d'origine hématogène sont dues au pneumocoque.

Au point de vue thérapeutique, il faut distinguer la péritonite généralisée de la péritonite circonscrite, encapsulée.

Le traitement médical consiste en repos absolu, diète liquide, opium, glace et résolutifs sur le ventre ; il est indiqué toutes les fois que l'on soupçonne un exsudat séreux ou qu'il y a péritonite localisée à marche bénigne, c'est-à-dire possibilité de résorption ou de formation d'abcès encapsulé : ce dernier cas est celui de l'appendicite. On tend à revenir de l'opinion des chirurgiens français qui veulent intervenir de suite ; pour l'auteur cette conduite est possible dans un service hospitalier, mais en général il faut être éclectique, la méthode de *l'individualisation stricte des cas d'appendicite et de la temporisation armée* finira par triompher.

Quand la péritonite est d'origine sanguine, qu'il y a septicémie péritonéale, aucun traitement n'a chance de réussir. Dans la péritonite généralisée purulente, le seul traitement rationnel est l'ouverture avec incision sur la ligne blanche et lavage de la cavité péritonéale ; une contre-ouverture, dans les lombes ou dans le vagin, peut être indiquée si le pus séjourne dans les récessus lombaires ou pelviens.

La péritonite suraiguë par perforation est justiciable de l'ouverture précoce avec résection possible de l'endroit perforé.

Quand la péritonite est circonscrite il faut ouvrir l'abcès, le laver, le tamponner ou le drainer : quand l'abcès siège entre les anses intestinales accolées, si l'on peut le rechercher entre les anses accolées et le vider, il ne faut point hésiter à l'ouvrir ; s'il est masqué par des anses intestinales libres, il vaut mieux, pour éviter l'infection totale du péritoine, tamponner jusqu'à ce que les adhérences soient établies, puis aller à la recherche de l'abcès.

P. Sainton.

Entérostomie dans la péritonite (*31e Congrès de Chirurgie*, 1902). — M. Heidenhain, convaincu que la péritonite a souvent une issue funeste par l'occlusion intestinale secondaire qu'elle engendre, s'est trouvé bien, dans 3 cas, sur 4 essais, de la création d'une fistule intestinale au niveau de la partie supérieure de l'abdomen, indemne de péritonite. Malgré l'opposition de M. Sprengel, M. Kocher pense que ce procédé peut être avantageux.

A. Benoit.

Virulence du contenu stomacal dans la péritonite par épanchement (*31e Congrès de la Société allemande de Chirurgie*), avril 1902. —

Nous devons à M. Brunner (de Münsterlingen) quelques recherches sur la virulence du contenu stomacal passant dans la cavité péritonéale, lesquelles nous semblent apporter quelques éléments au pronostic des péritonites chirurgicales. Le microbe le plus fréquemment rencontré dans le contenu stomacal, est le *streptocoque* ; d'autres microorganismes variés s'associent à cet élément principal. Les recherches par injection dans le péritoine du lapin ont montré qu'après un repas d'épreuve chez un sujet sain, on peut injecter jusqu'à 30 c. c., du liquide stomacal sans causer la mort. Il en est de même dans des cas d'ulcère de l'estomac et de spasme pylorique. Il est constant, d'autre part, que cette innocuité relative est due à la *présence de l'acide chlorhydrique* en grande quantité et à la neutralisation de la bouillie stomacale par cet acide. En effet, c'est après une heure et demie de séjour que ce pouvoir est le plus apparent et, d'un autre côté, le suc gastrique des cancéreux, dépourvu d'acide, s'est montré mortel, même à faibles doses. Il ne faut pas d'autre part perdre de vue la notion de *quantité du liquide épanché*, que les expériences mettent en relief. Au point de vue thérapeutique, c'est avec la solution dite physiologique, employée en grands lavages, que l'auteur a obtenu les meilleurs résultats. Voici comment ils se répartissent : chez les animaux ayant reçu une dose mortelle de suc gastrique acide, l'injection immédiate a empêché la mort. Chez ceux qui avaient reçu une dose mortelle de suc gastrique non acide, la mort a été retardée. Enfin les injections prophylactiques de sérum antistreptococcique n'ont donné aucun résultat.

A. Benoit.

Du traitement préventif de la hernie ventrale, par M. J. S. Stone (*The New-York Medical Journal*, 8 février 1902). — L'auteur signale les causes suivantes comme pouvant provoquer la hernie ventrale. Cet accident a été constaté, d'abord, toutes les fois qu'il y a eu, après infection de la plaie abdominale, perte de tissu graisseux et de tissu conjonctif; en second lieu, toutes les fois que la coaptation des lèvres de la plaie n'a pas été faite d'une façon complète.

L'entéroptose est encore une cause provocante de la hernie ventrale. Enfin, dans un grand nombre de cas, on a observé que, durant la période de guérison, les vomissements violents ou les efforts exagérés peuvent donner naissance à cet accident.

M. Stowe, en recommandant la plus parfaite asepsie pour la fermeture de la plaie abdominale, conseille l'extirpation de toute bande péritonéale restant en excès après la suture de la séreuse, ainsi que l'ablation de tous les morceaux de muscles ou de graisse qui, lacérés par les mors des pinces, subissent la nécrose ultérieurement.

En second lieu, l'auteur fait valoir l'importance de la juxtaposition parfaite des couches péritonéales, musculaires, aponévrotiques et cutanées, afin d'éviter entre ces différentes couches l'existence de quelque espace libre où pourrait se former une collection séreuse ou sanguine.

R. Blondel.

Suppression du taxis, (*Munchen. med. Wochenschrift* n° 5-1902). — Le Pr Lanz de Berne considère que les manœuvres du taxis, dans les cas de hernie étranglée, doivent être aujourd'hui entièrement abandonnées. La herniotomie, avec les précautions antiseptiques aujourd'hui connues de tous, doit constituer l'unique intervention à proposer, et si l'on se décide à temps, on peut terminer l'opération par la cure radicale.

E. Vogt.

Traitement opératoire du prolapsus rectal volumineux, par M. von Eiselsberg (*31e Congrès de la Soc. All. de chirurgie*, avril 1902). — L'auteur a fait une étude des diverses méthodes employées à sa clinique.

La *torsion*, de Gersuny, lui a donné dans un cas un résultat immédiat favorable, mais il y a eu récidive.

La *résection*, suivant le procédé de von Mikulicz, pour une seule guérison durable, sur sept cas, a donné des accidents d'infection locale dans les autres, avec élévations de température considérables. Il pense que la résection ne convient guère qu'aux prolapsus ulcérés et nécrosés irréductibles, c'est-à-dire aux cas graves.

Pour les cas ordinaires, après échec du massage par le procédé de Thure-Brandt, il est bien préférable de pratiquer le simple *colopexie*. Cette intervention consiste à faire une incision parallèle au ligament de Poupart et à attirer ensuite l'S iliaque aussi haut que possible en prenant largement dans les fils la plus grande partie de la surface instestinale qu'il s'agit de fixer à la paroi abdominale antérieure, faute de quoi, la récidive aurait lieu. De bons résultats définitifs ont été obtenus par ce moyen, relativement simple, et qui est la seule ressource dans la majorité des cas. Enfin, la résection de l'S iliaque entière peut devenir une nécessité. Pratiquée deux fois, cette intervention lui a donné une guérison et un décès.

A. Benoit.

Injections d'alcool dans les angiomes inopérables (*Beitr. Z. Klin. Chir.* n° 3 1902). — Honsell, dans un cas d'angiome inopérable du cou, a appliqué avec succès la méthode recommandée par Schwalbe. On pratique à la périphérie de la tumeur des injections, distantes les unes des autres de 5 millimètres. Ensuite, on fait deux séries d'injections à l'intérieur de la première série jusqu'à ce qu'on arrive au centre de la tumeur. Pour éviter d'atteindre les gros vaisseaux, on pique l'aiguille en premier lieu, et l'on n'injecte l'alcool que dans les cas où il ne ressort pas de sang par la canule. On augmente la quantité de liquide injecté assez rapidement, pour atteindre 3 cc.m. ; on se sert d'abord d'alcool à 50 0/0, puis à 70 0/0.

Honsell n'a eu aucun accident à enregistrer : cette remarque a une grande importance, car avec le perchlorure de fer, par exemple, de tels résultats ne sont pas aisément obtenus. Si on compare l'injection d'alcool à l'électrolyse, on constate que le premier de ces procédés ne laisse pas de cicatrices et n'exige aucune anesthésie, car la douleur provoquée par les injections n'est pas trop vive et disparaît rapidement.

Enfin, la méthode n'exige l'emploi d'aucun appareil et peut être appliquée au domicile du malade.

E. Vogt.

Essai de traitement par les rayons X d'un cas de cancer, par Lejeune (*Arch. d'él. médicale*, 15 avril 1902). — Il s'agit d'un cas de cancer du sein récidivé et inopérable, avec phénomènes de compression du plexus brachial, qui fut soumis au traitement par les rayons X.

Au début du traitement, les séances ne purent être faites que deux fois par semaine, mais à partir de la dixième, elles eurent lieu assez régulièrement trois fois par semaine. Après cinq séances, la diminution de l'œdème se fit sentir et d'une séance à l'autre, entre la sixième et la septième, la circonférence du bras, prise toujours au même niveau, accusait une diminution de 4 centimètres. Huit jours après, l'œdème avait complètement disparu.

Après la vingtième séance, diminution, puis disparition des douleurs du bras. On fit en tout vingt-neuf applications, chacune d'elles ayant eu une durée moyenne de douze minutes.

A ce moment, les tumeurs de l'aisselle et du thorax n'avaient plus cette consistance presque ligneuse du début, mais étaient plus molles et plus mobiles. Dans l'aisselle, la partie soumise à l'action des rayons X avait pris une teinte brune et la tumeur sous-jacente, plus molle, semblait avoir légèrement diminué de volume.

Les lèvres de l'ancienne cicatrice opératoire avaient nettement repris la consistance d'un tissu normal, et à leur niveau on ne constatait plus d'adhérence.

L'état de la malade allait cependant en s'aggravant, la faiblesse augmenta et elle succomba.

Il n'est évidemment pas permis de tirer de conclusions de ce seul cas, rendu plus grave par les lésions pleurales pulmonaires presque inaccessibles, les premières par leur grande dissémination, les secondes par leur multiplicité et leur localisation profonde ; cependant, devant la disparition de l'œdème et des douleurs dues à la compression des troncs nerveux par des tumeurs, suivie de près par le ramollissement de la tumeur, il est permis de se demander si l'on ne pourrait obtenir quelques résultats dans des cas plus propices, à lésions moins disséminées, plus accessibles, devant lesquelles la chirurgie elle-même est impuissante ?

E. Vogt.

Destruction par l'eau chaude des restes de tumeur dans une plaie, par le Dr Ehrhardt, (*Arch. f. Klinische Chirurgie*. Bd. 64. sept. 3. p. rus). — D'après les expériences qui ont été faites à la clinique de Konigsberg, l'auteur, pour éviter l'implantation de germes de tumeur (ce qui est toujours à craindre après l'extirpation de tumeurs malignes,) recommande de laver la cavité de la plaie avec de l'eau stérilisée bouillante ; on verse environ 25 c.c. d'eau dans la plaie (il faut naturellement protéger la peau du voisinage avec grande précaution) : cette eau y est laissée de 1/2 à 1 minute, puis on l'éponge avec soin. Un emploi plus prolongé de l'eau bouillante produit une forte sécrétion, mais ne nuit pas à la guérison.

Il faut naturellement que la tumeur ait été radicalement extirpée.

Jeannel a déjà recommandé cette pratique dans un cas de suppuration d'origine tuberculeuse.

R. Blondel.

Eau chaude dans la pratique chirurgicale, (*Gazette Médicale Russe*, n° 72, 1901). — Kallistratoff, en se basant sur ses observations, arrive à la conclusion que le traitement par l'eau chaude, sous forme de compresses, peut être employé avec succès dans les affections chirurgicales suivantes :

1° Dans les plaies, contusions, ulcères :

2° Dans les phlegmons, furoncles et ongles incarnés ;

3° Dans les adénites, l'ostéomyélite et les arthrites et, d'une façon générale, dans toutes les affections qui s'accompagnent de tuméfac-

tion, d'exsudats et aussi d'atrophie et d'anémie des tissus.

J. Roublieff.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Médecin des hôpitaux

L'ulcère, l'hypochlorhydrie et le cancer de l'estomac par A. Robin (*Journal des Praticiens* n° 18 p. 273. 1902). — Chez une malade atteinte d'ulcère (sans hématémèse) M. A Robin a conseillé le régime lacté absolu : toutes les 3 heures, de 7 heures du matin à 10 heures du soir un 1/2 litre de lait très chaud, écrémé d'abord pour les premiers jours. La malade augmentera ensuite jusqu'à 700 cc. la quantité de lait absorbée chaque fois ; elle aura soin de se coucher après chaque ingestion alimentaire. Des boules d'eau chaude, des serviettes chaudes lui seront à ce moment appliquées sur l'estomac.

Comme modérateurs de la sécrétion gastrique on peut prescrire 11 gouttes de laudanum, avant les prises de lait, 2 à 3 fois par jour, ou bien 4 à 5 gouttes de la mixture suivante :

Teinture de coque du Levant..	àà 6 grammes
— de vératrum viride..	
— de belladonne.....	àà 5 gr.
— thébaïque	
— de badiane	àà 4 gr.
Ergotine	

5 minutes après le bol de lait et 3 fois par jour la malade prendra 0 gr. 50 de pepsine et 1 à 2 pilules de 0 gr. 10 de pancréatine.

Le lait parfois provoque de l'hypersécrétion et de l'hypéracidité. Il faut saturer celle-ci. En cas de sensation de brûlure, la malade avalera un des paquets suivants dans un peu d'eau chaude :

Poudre de vanille.....	0 gr. 20
Bicarbonate de soude	àà 4 gr.
Magnésie calcinée...	
Sucre en poudre	àà 6 gr.
Craie préparée.....	

Divisé en 12 paquets.

Outre l'hypersécrétion, le lait peut donner lieu à un autre inconvénient. Il amène des fermentations et d'abondantes productions gazeuses. Contre cet accident on prescrira la dose suivante :

Fluorure d'ammonium	0 gr. 20
Eau distillée.....	300 gr.

1 cuillerée après le 2e 3e et 5e prises de lait.

Si les fermentations s'accompagnent de violentes crises douloureuses, on devra arrêter celles-ci et dès le début par l'emploi d'un des paquets suivants :

Magnésie calcinée....	15 grammes
Bicarbonate de soude	àà 10 grammes
Sucre	
Sous-nitrate de bismuth	àà 8 grammes
Craie préparée.....	
Codéine.....	0 gr. 05

Mélanger et diviser en 10 paquets.

La diarrhée que provoque parfois le lait peut être enrayée par le laudanum ou par la préparation suivante :

Sous-nitrate de bismuth.....	àà 4 grammes
Diascordium.....	

diviser en 16 bols ; un bol avant chaque repas.

La racine de fraisier sauvage (1 gr. 50 en infusion) sera employée dans le même but.

Plus fréquemment qu'à la diarrhée le régime lacté ouvre la porte à la constipation ; on combattra celle-ci par les grands lavages de l'intestin.

Chez un homme jeune atteint d'hypochlorhydrie, on peut réveiller l'activité glandulaire en faisant prendre 5 minutes avant dîner et souper un des paquets suivants :

Sulfate de potasse..	àà 0 gr. 05
Azotate de potasse..	
Poudre d'ipéca.....	0 — 02
Bicarbonate de soude	0 — 30

Après le repas on prescrira 8 des gouttes suivantes :

Teinture de noix vomique.....	6 grammes
Teinture de badiane.	3 —

On recommande le bouillon, pepsinogène et peptogène.

Chez un cancéreux, si l'intervention chirurgicale n'est pas possible, on prescrira une alimentation légère composée de purées de viandes et de légumes, d'œufs, de laitages, le condurango, la gastérine.

G. Lyon.

Action de l'alcool sur la sécrétion gastrique, par C. A. Pekelharing (*Weekbl. van het Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde*, 19 avril 1902). — Radzckowski a publié en 1901 des expériences qui montrent que l'alcool augmente la sécrétion des liquides gastriques, sans augmenter la quantité de pepsine excrétée, Frouin et Molinier observèrent des résultats analogues. L'auteur s'est servi d'un chien muni d'une fistule

stomacale d'après le procédé de Pawlow, et s'assura de ce que les connexions nerveuses du petit estomac formé, étaient restées intactes. Quelques mois après la fistule gastrique, il fit une fistule œsophagienne : l'œsophage fut sectionné et les deux bouts ainsi formés furent attachés à la peau. L'animal était nourri au moyen d'aliments introduits dans la partie stomacale de l'œsophage tandis qu'aucun des aliments avalés ne parvenait à l'estomac, de cette manière il était possible d'obtenir du suc gastrique pur, par voie réflexe.

Les recherches faites sur le chien pour déterminer l'action de l'alcool ne furent commencées qu'un an après l'opération. Le chien était resté tout à fait normal et bien portant. Les sucs obtenus furent examinés avec soin, titrés, etc.; un échantillon fut prélevé chaque quart d'heure pendant la durée de l'expérience.

Celle-ci consista en un faux repas (alimentation par la bouche, avec sortie des aliments par la fistule œsophagienne), précédé, accompagné et suivi d'un lavement alcoolique. Les résultats obtenus permettent d'affirmer que l'alcool augmente la sécrétion gastrique.

Les expériences complémentaires, relatives à l'action locale de l'alcool sur l'estomac et celles de substances irritantes telles que le chlorure de sodium démontrent que l'augmentation constatée dans la sécrétion du suc gastrique après administration d'alcool par voie rectale, est due à la présence de ce corps dans le sang, et non à son action sur la muqueuse.

On peut donc admettre que les boissons alcooliques ont un effet réel sur la digestion : cependant elles n'augmentent pas la quantité totale de pepsine, ou tout au moins ne l'augmentent pas dans les mêmes proportions que la quantité totale de suc, et d'acide chlorhydrique.

Ces faits permettent de comprendre l'effet salutaire que de nombreuses personnes prétendent éprouver par l'emploi des boissons alcooliques concentrées et apéritives. Au contraire, pendant le cours du repas, les boissons doivent être peu alcoolisées. Toutefois l'estomac normal n'a pas besoin d'alcool pour sécréter le suc gastrique nécessaire à la digestion des aliments.

Les expériences de M. Pekelharing démontrent aussi que l'alcool doit être évité avec soin dans tous les états pathologiques qui s'accompagnent d'une augmentation des sécrétions liquides gastriques. Elles donnent aussi l'explication des catarrhes chroniques des buveurs, dont l'origine est probablement due plutôt à l'alcool contenu dans le sang d'une manière continue qu'à l'action irritante de l'alcool ingéré.

R. Wybauw.

Traitement opératoire des hémorragies dans l'ulcère de l'estomac (XXXIe *Congrès de la Soc. All. de Chirurgie*, avril 1902). — La discussion concernant ce point délicat de la thérapeutique stomacale opératoire a mis au jour des opinions totalement opposées. Les uns, avec M. Petersen veulent que l'on néglige la source de l'hémorragie et que l'on se contente de faire l'évacuation de la cavité stomacale par la gastro-entérostomie, procédé postérieur. Les autres sont encore partisans, comme on le pratique en France, de la recherche du point saignant, que l'on va cautériser légèrement au thermo-cautère, ainsi que l'a fait M. Küster (de Marbourg). Malgré les succès rapportés par les chirurgiens qui soutiennent la première de ces opinions, il est avéré que la gastro-entérostomie, fût-elle faite avec le bouton de Morphy, qui favoriserait l'évacuation rapide de l'estomac, s'est montrée impuissante à empêcher la récidive. M. Kronlein vient en montrer deux exemples.

Il ne paraît pas impossible, dès à présent, de tracer une ligne de conduite basée sur ces diverses observations : en premier lieu, s'il s'agit de malades très affaiblis, ou de sujets atteints de grandes hémorragies foudroyantes, les résultats d'une opération compliquée se sont presque toujours montrés mauvais. Mieux vaut donc s'en tenir, non à la gastro-entérostomie, mais à la *jéjunostomie*, que M. Eiselsberg (de Vienne) déclare plus rapide et non moins efficace contre l'hémorragie. Quant aux petites hémorragies répétées, elles doivent être traitées par la cautérisation directe, combinée avec la gastro-entérostomie postérieure.

M. Bunge a pu même guérir deux malades en faisant la gastro-entérostomie complétée par la jéjunostomie.

A. Benoit.

Ulcère peptique du jéjunum après la gastro-entérostomie (*31e Congrès de la Soc. All.*) MM. Kocher, Kronlein et Hahn ont dû intervenir pour des ulcères consécutifs à la gastro-entérostomie en Y, surtout par le procédé antérieur. Il est à craindre malheureusement que le procédé postérieur ne puisse sauver les opérés de cette fâcheuse complication. Cette opération ayant été pratiquée avec beaucoup plus de fréquence en Allemagne, dans ces dernières années, nous ne devons pas être surpris qu'on ait été à même d'y observer cet accident plus tôt qu'ailleurs. Voici l'explication qu'en donne M. Kocher : dans le procédé en Y, l'occlusion du nouveau pylore n'est pas réalisée par la musculeuse stomacale, mais par la musculeuse intestinale. Il suit de là que le suc gastrique acide baigne constamment cette muqueuse et finit à la longue par l'ulcérer,

Il pense que la gastro-entérostomie ordinaire évite mieux cette complication. C'est souvent plusieurs années après l'opération que l'accident a été observé. Ce dernier n'est d'ailleurs pas mortel. M. Kocher a pu, chez son malade, exciser la partie ulcérée du duodénum, ainsi que la portion voisine de l'estomac, et le malade se rétablit.

A. Benoit.

Le traitement de la constipation habituelle, par M. W. L. Callaway (*The New-York Medical Journal*, 8 mars 1902). — Après avoir rappelé que le traitement de la constipation habituelle est plutôt une question d'hygiène que de thérapeutique, que le malade doit s'interdire presque absolument les viandes, ne manger que des légumes et des fruits, boire peu de thé et de café, et surtout de l'eau pure avant chaque repas, enfin faire beaucoup d'exercice physique et d'hydrothérapie, M. Callaway dit n'user de drogues que le moins souvent possible. Dans les cas qui réclament l'emploi de quelques médicaments, l'auteur se sert des formules suivantes :

Aloine	0,01 à 0,03
Extrait de feuilles de belladone	0,005 à 0,01
Sulfate de strychnine	0,005 à 0,001
Extrait de cascara sagrada	0,03 à 0,06

(A prendre en pilules, 2 par jour).

Et :

Teinture de noix vomique	6 grammes
Solution d'arseniate de potasse	5 —
Extrait de cascara sagrada	30 —
Essence de pepsine, q. s. ad	100 —

(Une cuillère à café, après les repas, dans 1/2 verre d'eau).

Ce dernier médicament ne doit être prescrit que lorsque l'appétit fait défaut. M. Callaway a pour habitude, quand le malade souffre de crises hépatiques, en même temps que de constipation, de combiner à la formule prescrite ci-dessus en premier lieu, de la podophyllin à la dose de 0 gr. 005 à 0 gr. 01.

Enfin, l'auteur recommande avant tout traitement, de bien déterminer la nature de la constipation et de s'assurer si celle-ci n'est pas causée par quelque obstruction, telle que des hémorrhoïdes ou des tumeurs, ou par quelque inflammation due à une fissure, à une ulcère ou à un prolapsus.

R. Blondel.

Traitement de la lithiase biliaire, par Clemm (*Therap. Monatshefte*, avril 1902). — L'auteur rappelle que l'ingestion d'huile, trop souvent mal supportée, n'a pas grande efficacité. L'huile ne contient en effet que 2/3 environ d'oléine ; ce dernier produit à son tour n'exerce pas une action dissolvante bien énergique sur la cholestérine.

L'oléate de soude acide (*eunatrol*) présente une action bien plus énergique ; malheureusement, son goût est peu agréable et on l'a prescrit jusqu'ici en pilules, qui risquent de traverser l'intestin sans se dissoudre. L'auteur, après plusieurs essais, a adopté la formule suivante : il prépare une émulsion avec 10 grammes d'eunatrol et 5 grammes de teinture de valériane dans 150 grammes d'eau de menthe poivrée, et ajoute vingt gouttes d'essence d'ananas. On peut remplacer la teinture de valériane par le validol.

On administrera une cuillerée à soupe de cette mixture le matin à jeun, une seconde à midi et une troisième au moment de se coucher. Lorsque les acccidents aigus (colique hépatique) ont disparu sous l'influence de la médication, on supprime la cuillerée de midi et on continue pendant 4 à 6 semaines les 2 autres cuillerées. Au bout de ce temps, on ne fera plus prendre, pendant 3 semaines, que la cuillerée de soir.

L'auteur est parvenu, par ce traitement, à guérir des cas même rebelles de cholélithiase.

E. Vogt.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine

Le traitement de l'endocardite septique, par le Pr W. K. Wenckebach (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1902, t. I, page 403). — Les récentes recherches ont montré que l'on peut presque toujours obtenir, en ensemençant le sang de malades atteints d'endocardite septique, des cultures et bactéries pathogènes; toute endocardite est d'origine microbienne : elle mérite d'être appelée septique, lorsqu'elle s'associe à une infection de tissu sanguin. Cette forme succède rarement au rhumatisme et s'observe dans les infections par le gonocoque, le streptocoque, le pneumocoque ou le bactérium coli.

Nous sommes le plus souvent désarmés, lorsque nous nous trouvons en présence de

l'endocardite septique. W. croit avoir trouvé dans le *collargol*, (argent à l'état colloïdal) Crédé le moyen de combattre les bactéries septiques dans le sang lui-même. « Aussitôt qu'on a triomphé de la répugnance qui vous prend à l'idée d'injecter à votre semblable une pareille bouillie trouble dans le sang, on est vite convaincu de l'innocuité du procédé. »

De nombreuses expériences faites précédemment sur les animaux, l'ont d'ailleurs établi. L'article de M. W. contient la relation détaillée de deux cas d'endocardite septique, qui, tous deux, ont éte guéris; l'affection n'a laissé après elle que des lésions valvulaires chroniques. Les résultats obtenus sont vraiment curieux : aussitôt après l'injection la température fébrile a cédé et les phénomènes graves du côté du cœur, ont été amendés.

L'auteur se demande si, comme le croit Crédé, le métal à l'état colloïdal agit comme un antiseptique, ou bien si ses propriétés catalytiques ne contribuent pas à augmenter le pouvoir bactérien du sang. Il penche vers cette dernière explication.

R. Wybauw.

L'action de l'antiarine sur le cœur par C. L. Rumke (*Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1902, 12 avril). — L'auteur est partisan de la théorie d'Engelmann et de Gaskell, d'après laquelle le mouvement rythmé du cœur trouve son origine dans une propriété particulière des fibres musculaires et non dans l'action des éléments nerveux du cœur. *L'antiarine* est une substance qui appartient au groupe des glucocides de la digitale, des strophantus, etc. ; elle se trouve dans une plante qui croît aux Indes néerlandaise, *antiaris toxicaria*, (l'upas antjar du Malais), qui est employée par les naturels pour empoisonner les flèches, et dont elle fut isolée à l'état cristallin en 1837 par le grand chimiste hollandais G. J. Mulder.

La toxicité de l'antiarine est très grande. Elle arrête le cœur de grenouille en systole. Sur le cœur de cet animal, isolé, et appendu à un appareil de circulation artificielle dont l'auteur à donné la description précédemment (Geneeskundige Bladen, 897 p. 209), l'arrêt systolique s'observe d'une manière constante; l'appareil de Rümke permet aussi de mesurer le débit du cœur.

Il suffit de diluer dans le liquide nutritif qui circule à travers les cavités du cœur de l'antiarine à la dose de $\frac{1}{7.000.000}$ pour voir se produire au bout d'un certain temps, un pouls alternant. S'appuyant sur les théories d'Engelmann d'après lesquelles il y a lieu de considérer dans la contraction cardiaque des facteurs *isotropes*, qui agissent sur la force de contractions des facteurs *dromotropes*, dont l'influence se fait sentir sur la conduction de toute contractile d'une cavité du cœur à l'autre, et des facteurs *chronotropes*, qui modifient la fréquence des contractions, Rümke admet que l'antiarine agit en diminuant le pouvoir de conduction du muscle, et ne peut donc être rattachée au groupe de la digitale. Son action thérapeutique ne pourrait résider que dans une disparition d'un certain nombre de contractions, permettant aux contractions restantes de se faire avec plus de puissance et plus d'effet utile.

R. Wybauw.

Kinésithérapie dans le traitement des maladies du cœur d'origine artérielle, par Krikortz (*Société Médicale du VIIe A.* 25 mars 1902). — Dans le premier degré de l'artério-sclérose qui est caractérisé par un peu de dyspnée d'effort, une tension artérielle trop élevée, une accentuation du 2e bruit à gauche du sternum, quelquefois de la pléthore abdominale, c'est-à-dire de l'hypertension portale, de la polyurie surtout nocturne, les indications thérapeutiques sont formelles. Il faut soustraire le malade aux causes déterminantes de l'hypertension par un régime approprié et, de plus, avoir recours à des médications hypotensives, dont le massage et la gymnastique médicale bien employés sont une des plus puissantes. C'est le massage abdominal qui agit le plus efficacement pour abaisser la pression artérielle ; il doit être profond, quoique doux, sans mouvements saccadés. Il est probable qu'il agit par action réflexe sur les nerfs vaso-moteurs et le cœur.

Le pétrissage des muscles agit dans le même sens que le massage abdominal. Une séance de massage abaisse la tension artérielle de 2 centimètres de mercure environ ;

Après une série de massages l'action hypotensive se prolonge et devient durable. Le massage est bien supérieur aux agents hypotenseurs : trinitrine, iodures.

Les mouvements méthodiques, la gymnastique suédoise peuvent également servir à abaisser la tension artérielle ; chaque contraction musculaire a pour effet immédiat de produire une dilatation des petits vaisseaux intra-musculaires et, tend, par conséquent, à diminuer les résistances périphériques et la pression artérielle.

Le massage et les mouvements méthodiques n'agissent pas seulement en abaissant la pression, ils influencent les échanges nutritifs : les produits d'oxydation incomplète diminuent d'une façon générale.

A un stade plus avancé de l'artério-sclérose l'indication n'est plus alors seulement d'abaisser

la pression sanguine, mais aussi de favoriser la diurèse, d'agir sur les congestions viscérales, pulmonaires, hépatiques et rénales.

L'action diurétique du massage se manifeste surtout quand il y a des œdèmes périphériques, que le massage fait résorber ; d'autre part le massage peut exciter directement les reins à une sécrétion plus abondante.

Quand le foie cardiaque n'est pas encore envahi par la sclérose, mais simplement congestionné, le massage exerce sur lui une influence facile à constater; il diminue de volume, devient moins douloureux à la pression ; la sensation de barre épigastrique s'atténue. Le massage hépatique doit être fait avec prudence, car il pourrait favoriser la dilatation du cœur droit.

La congestion pulmonaire diminue sous l'influence des expirations forcées, des « frictions » des nerfs inter-costaux.

Enfin la tachycardie diminue d'une façon constante et cette diminution devient plus durable après un certain nombre de séances ; elle est d'ailleurs liée à la pression artérielle. Des vibrations fines, appliquées avec la main sur la région précordiale, contribuent beaucoup à ce résultat. L'arythmie par contre ne subit aucune influence.

G. Lyon.

Ophtalmologie

Dr E. Kopff

Médecin oculiste de l'hôpital St-Joseph

Le traitement des plaies pénétrantes du globe de l'œil, par Walter L. Pyle (*International Medical Magazine*, mars 1902). — L'auteur recommande, avant toute opération sur le globe de l'œil, les grandes irrigations du sac conjonctival et du siège de la blessure avec des solutions faibles d'acide borique ou de bichlorure de mercure (1/5000). On fera l'extirpation des corps étrangers ou des cils aperçus à la surface externe de la plaie. Si la blessure siége dans la cornée, on fera une instillation à l'atropine ou à l'éserine, et on appliquera un pansement hermétiquement fermé; généralement, le rapprochement des lèvres de la plaie est effectué au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures. Dans les cas où l'iris est tombé à l'intérieur de la plaie, il faudra avec une spatule ou avec un « iris-forceps », en pratiquer délicatement l'extirpation au dehors, et l'excision complète.

De même, on remettra en place les procès ciliaires ou on les incisera, toutes les fois qu'il sera possible. L'auteur termine en donnant quelques règles pour l'extirpation des corps étrangers de l'œil.

R. Blondel.

Le traitement du zona ophtalmique. Utilité des injections de dionine, par Terson (*Journal des Praticiens* n° 18, p. 276, 1902. — Le traitement du zona ophtalmique comporte trois indications fondamentales : calmer les douleurs, traiter les complications du côté du globe oculaire, s'adresser à la cause générale du zona.

Tout d'abord, il convient de respecter les vésicules du zona; on se bornera à appliquer une pommade cocaïnée à 1/40 :

Chlorhydrate de cocaïne.	0 gr. 50
Lanoline Liebreich	15 grammes
Huile de vaseline.....	5 —

ou une pommade à la dionine :

Dionine.....	0 gr. 50
Lanoline Liebreich.....	15 grammes
Huile de vaseline.... ..	5 —

Au bout de quelques jours d'emploi de ces pommades, on laisse sécher les très petites plaies sous des poudres absorbantes (bismuth et poudre de zinc), puis on remet un peu de glycérolé d'amidon et on enlève les croûtes à l'eau chaude.

Contre les douleurs, on peut employer l'antipyrine, la quinine, l'opium, l'aconitine, le salicylate de soude, l'aspirine, ces deux derniers médicaments surtout. Les sangsues, les ventouses sèches et scarifiées sur le pourtour supérieur de l'orbite peuvent être utiles. L'électrisation, les massages locaux sont indiqués pour les névralgies persistantes.

L'injection de dionine, à la période aiguë, a un pouvoir analgésiant et somnifère, supérieur à celui de la morphine.

Dionine.....	0 gr. 50
Eau distillée bouillie...	25 grammes

Injecter 1/2 centimètre cube, soit 1 centigramme pour une dose quotidienne.

Le traitement des pustules conjonctivales ne paraît nécessiter que l'emploi des pommades qui serviraient aussi pour la kératite.

L'iodoforme est le médicament de choix :

Iodoforme.....	0 gr. 30
Lanoline Liebreich	7 grammes
Huile de vaseline.....	3 —

Si l'iritis existe concurremment, on peut ajouter à cette pommade 0 gr. 05 de sulfate d'atropine.

Toute ulcération grave de la cornée comporte une suture plus ou moins étendue de la fente palpébrale.

Le traitement général sera celui de l'affection causale ; tuberculose, diabète, alcoolisme, etc.

G. Lyon.

Le cuprol. — Un nouveau remède pour le le traitement des inflammations de la conjonctive par Von Sicherer, de Munich. (*The Medical Age*, Février 1902). — Le cuprol, découvert par M. Schwicherath, de Bonn, est une combinaison organique formée par du cuivre et par de l'acide nucléique dans la proportion de six pour cent de cuivre.

La meilleure préparation ordinairement employée, est constituée par une solution à 1 0/00 de cuprol et d'acide nucléique, avec un demi pour cent de chlorétone, c'est-à-dire d'acétone et de de chloroforme mélangés dans de l'eau chaude.

Le cuprol a pour propriété remarquable, même à la solution de 10 0/0, de ne jamais produire de douleur, et de provoquer, sur les tissus, une très légère irritation. Ce composé organique est supérieur au cuprargol, qui, vingt à trente minutes après son application, cause des douleurs assez vives.

L'auteur a utilisé le cuprol dans les inflammations aiguës et chroniques de la conjonctive, et a remarqué que quelques gouttes de la solution amenaient une rapide di-pàrition de la rougeur, de la tuméfaction et de la secrétion. Particulièrement, dans la conjonctivite phlycténulaire, les avantages de ce médicament sont dignes d'attention.

Le cuprol peut encore être employé en poudre, et M. Von Sicherer le conseille de préférence, sous cette forme, dans les conjonctivites chroniques.

M. Inell de Sheffield a aussi expérimenté le cuprol avec succès, dans l'ophtalmie granuleuse et dans le trachome.

Quand le cas est grave, cet auteur a pour habitude de se servir, tous les jours, du cuprol en poudre, et n'utilise ce médicament que trois fois par semaine, ou beaucoup moins fréquemment, dans les cas plus légers. M. Inell recommande aux malades, dans l'intervalle de deux pansements au cuprol en poudre, de se faire des instillations avec une solution à 5 0/0 de ce médicament.

R. Blondel.

De l'extrait de capsule surrénale en oculistique, par George A. Ferdinands (*The Britisch medical Journal* 22 mars 1902). — La valeur de l'extrait de capsule surrénale comme agent hémostatique est bien connue surtout depuis les expériences de Bates en 1896. John-Abel appelait cet extrait de l'épinéphrine ; Wolffberg lui donnait le nom d'atrabiline. M. Jokichi Takamine préfère la dénomination d'adrénaline.

L'auteur, en diluant cet extrait dans une solution normale de sel à 1/1000 a obtenu un composé chloré, sans couleur, sans odeur, qui ne s'altère pas quand il est à l'abri de la lumière, de la chaleur ou de quelque agent oxydant. Dans un œil sain, quelques gouttes de cette solution provoquent une légère cuisson, et en quelques minutes une teinte pâle de la conjonctive, plus nettement marquée du côté de la caroncule. L'effet de cette solution est rapide, car l'œil reprend sa coloration normale en peu de temps. Son action n'est pas irritante et ne provoque pas de dilatation pupillaire, bien que Konigstein ait noté de la dilatation de la pupille, après des instillations avec une solution d'extrait de capsule surrénale à 10 0/0. M. Ferdinands, de plus, n'a jamais remarqué l'insensibilité de la cornée et de la conjonctive, ou quelque modification dans le pouvoir d'accommodation de l'œil. Après une application d'extrait de capsule surrénale, le globe de l'œil apparait sec.

L'adrénaline a été employée dans les différentes inflammations ou congestions aiguës de l'œil, aiguës ou chroniques, et particulièrement, exerce une influence heureuse dans les cas d'iritis. Pour l'extirpation des corps étrangers de la cornée ou des paupières, l'action de ce médicament paraît semblable à celle d'une solution faible de cocaïne.

Mais, c'est surtout dans la chirurgie de l'œil que l'extrait de capsule surrénale, en solution chlorée, a été utilisée. Dix à douze gouttes de cette solution, injectée derrière la conjective, avant l'opération, empêchent l'hémorragie de se produire. Ainsi, bon nombre d'opérations d'oculistique, peuvent être pratiquées sur les tissus superficiels sans aucune goutte de sang. Cependant plusieurs auteurs, tels qu'Hopkins, Peter, Landolt pensent que l'hémorragie peut survenir secondairement à l'opération. Les expériences de Mullen et de Macleod contredisent cette assertion. M. Ferdinand n'a jamais eu d'hémorragies consécutives à ses interventions, et dit avoir encore utilisé l'extrait de capsule surrénale dans les cas d'obstruction des conduits lacrymaux par tuméfaction ou inflammations de la muqueuse.

L'auteur, tout en rappelant que l'adrénaline étant un alcaloïde, peut produire des effets toxiques (Corona), n'a jamais constaté d'intoxication, et recommande, pour éviter cet accident de n'employer que des doses faibles.

Enfin, après avoir dit que la cocaïne et l'atropine peuvent entrer en combinaison, avec l'adrénaline, mais qu'il est préférable de n'utiliser ce médicament que sous sa forme simple, M. Ferdinand signale que l'extrait de capsule surrénale est contre-indiqué dans certaines

variétés d'ulcération de la cornée, et dans tous les cas où la nutrition des tissus est défectueuse.

R. Blondel.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr Courtade

Ancien interne des hôpitaux

Sur le traitement de la surdité consécutive à une otite moyenne, par Chalmers Watson (*The British Medical Journal*, 22 mars 1902). — L'auteur a observé que la moelle des os peut produire une sécrétion interne de réelle importance vitale dans l'économie, par le rôle prophylactique qu'elle joue à l'égard des bactéries variées, qui vivent en saprophytes dans nos différents tissus, et a expérimenté cette sécrétion dans les cas d'otite moyenne non suppurée, de forme chronique.

Tout d'abord, M. Watson a recours à l'huile d'olive qui, à cause de sa nature lubréfiante, agit d'une façon mécanique, et, en second lieu, utilise une solution de glycérine et d'alcool rectifié dont les effets exercent une action stimulante sur la circulation de la région de l'oreille moyenne. Enfin, l'auteur expérimente la moelle des os, ou « myélocène » suivant la dénomination qu'il lui a donnée, et établit le résultat de ses expériences au moyen de la montre, du sifflet, et de la voix ordinaire.

M. Watson rapporte deux cas d'otite moyenne non suppurée, de forme chronique. Dans le premier cas, observé chez une femme de 21 ans, qui souffrait d'une otite moyenne, datant de 3 ans, l'auteur fit des instillations d'huile d'olive chaude, une fois par jour, pendant cinq semaines, sans aucun succès. Il continua, pendant huit semaines, par des instillations à la glycérine et à l'alcool rectifié, en solution chaude, et obtient un bon résultat. Le pouvoir d'audition s'accrût très notablement chez la jeune malade, et sous l'action du « myélocène » et de la glycérine combinée à l'alcool rectifié, devint de plus en plus parfait.

Dans le deuxième cas, autre otite moyenne non suppurée observée chez un homme de 26 ans, qui, depuis 4 ans, se plaignait de ne pouvoir entendre, M. Watson employa uniquement le « myélocène » qu'il utilisa sous forme de gouttes, au nombre de 10 par jour, comme dans le cas précédent. Au bout de six mois, le résultat fut excellent : le malade avait recouvré une audition presque complète.

L'auteur ajoute à ses deux succès 11 améliorations, presque aussi parfaites, qu'il constata dans 15 cas d'affections de l'oreille moyenne, traitées par le « myélocène ».

Il termine en faisant savoir comment il obtient ce composé organique. Après avoir extrait la moelle de l'os, au moyen de l'éther, qu'il évapore à l'air et au bain-Marie, M. Watson fait agir une solution de chlorétone à 1 0/0, afin de débarasser la moelle de son excès de graisse, et obtient ainsi un corps blanchâtre, faiblement grisâtre, à odeur très forte.

R. Blondel.

Le massage vibratoire du tympan dans le traitement des otites moyennes suppurées par A. Damiero (*Gazetta internazionale de Medicina pratica* n° 1 1902). — Il y a des affections auriculaires comme la sclérose tympanique primitive, que le médecin ne peut soigner avec espoir d'arriver à des résultats favorables ; les connaissances modernes, au contraire, et surtout l'antisepsie, nous permettent d'intervenir bien plus facilement et avec succès dans les otites aiguës. Mais si on abandonne à lui-même le malade, une fois la période aiguë écoulée, il arrive souvent qu'il accuse après un certain temps des symptômes de surdité très pénibles et quelquefois même incurables.

L'auteur a imaginé d'appliquer tout de suite, dès que les phénomènes aigus d'otite se sont effacés, le massage tympanique vibratoire avec l'appareil de Breitung.

L'action de cet appareil tend à raréfier et à condenser alternativement, une nombre plus ou moins grand de fois par minutes, l'air du conduit externe de l'oreille. La membrane du tympan est ainsi soumise à des vibrations qui se transmettent aux osselets et au liquide du labyrinthe. On empêche ainsi l'organisation des exsudats et la formation d'adhérences et de scléroses, qui pourraient immobiliser complètement tous les éléments auriculaires. Le traitement a toujours très bien réussi, rapidement les malades se sont améliorés au point de vue des symptômes subjectifs, tandis que la mobilité du tympan et la fonction de l'organe se rétablissaient presque entièrement. Pour éviter des récidives possibles, l'auteur recommande de pratiquer encore au cours des années suivantes 10 à 12 applications de ce traitement ; il est très simple et doit être préféré à toutes les interventions opératoires.

A. L. Percival.

Du traitement opératoire des végétations adénoïdes et de l'hypertrophie des amygdales, par M. W. K. Simpson (*Medical Record* 1er Mars 1902). — Chez l'enfant, dit l'auteur, toute végé-

tation adénoïde et toute hypertrophie amygdalienne doit être opérée, car, le plus souvent, ces affections sont cause à cet âge de rhinite chronique, de coryza, de végétations adénoïdes du pharynx, de sténose nasale, d'asthme, de croup spasmodique, de bronchite, et même d'otite moyenne suppurative aiguë.

Avant l'opération, il est nécessaire de faire l'exploration digitale de la gorge, et, autant que possible, de s'assurer du volume et de la situation des végétations. La pince et la curette sont les deux instruments ordinairement employés. M. Simpson recommande, chez les tout jeunes enfants, l'usage de la curette qui est moins dangereuse. Après avoir rappelé comment il faut se servir de la pince de Graedle, de la curette de Gottstein, et du tonsillotome de Mackenzie, l'auteur fait remarquer que, chez le jeune enfant l'hémorragie consécutive à une amygdalotomie est rarement inquiétante. Dans la plupart des cas, cette hémorragie s'arrête d'elle-même. Quand cette dernière persiste trop longtemps, M. Simpson a recours aux applications de peroxyde d'hydrogène ou au thermocautère, ou aux solutions d'adréneline, autrement dit extrait de capsules surrénale. Particulièrement, il a remarqué que l'adrénaline agit très efficacement chez les enfants plus âgés ou chez l'adulte. Les douches, les pulvérisations et insufflations de différentes substances en poudre doivent être rigoureusement proscrites, ainsi que les gargarismes. L'auteur recommande le repos le plus absolu, et la diète la plus sévère, ne permettant que la glace, à de courts intervalles, en application sur la surface externe de la gorge, ou en administration interne, par la voie buccale.

R. Blondel.

Des opérations externes pratiquées sur le larynx. (*The British Médical Journal* 15 mars 1902). — M. Marmaduke Sheild fait une communication sur les opérations externes pratiquées sur le larynx, telles que la thyrotomie, la laryngotomie, la trachéotomie etc... Il cite un cas de fracture du larynx, suivie d'une obstruction de ce conduit par du tissu cicatriciel, pour laquelle la thyrotomie fut pratiquée avec succès. L'auteur signale un insuccès dans un cas de sténose du larynx, d'origine syphilitique.

Quatre fois, il fit la thyrotomie pour des tumeurs du larynx, tumeurs papillomateuses et fibromateuses, et obtint la guérison. Dans un autre cas, où il s'agissait d'extraire un morceau d'os tombé dans le larynx, M. Sheild fit encore la thyrotomie. Il pratiqua avec succès la pharyngotomie sus-hyroïdienne dans un épitheliome de l'épiglotte, et, tout dernièrement, fit l'ablation de la moitié du larynx pour un cancer ayant envahi le larynx et le pharynx. Il y eut récidive mais disparition de la dyspnée.

M. Jonathan Hutchinson jun, dit avoir fait en 1879 une thyrotomie pour cancer du larynx, et l'opération fut couronnée de succès. Plus tard, il pratiqua une nouvelle thyrotomie pour sténose du larynx, d'origine syphilitique.

M. W. G. Spencer recommande la thyrotomie dans le cas d'obstruction du larynx chez les enfants et d'œdème chronique de cet organe. L'auteur pense que dans certains cas de sténose syphilitique du larynx, il est préférable de laisser la plaie librement ouverte.

M. St-Clair Thomson rapporte un cas de guérison, après ablation totale de l'épiglotte et d'une grande portion de la base de la langue. Il croit que la thyrotomie est une opération d'ordinaire peu pratiquée, et préfère faire la trachéotomie dans les cas de sténose syphilitique du larynx. Chez les enfants, présentant des papillomes du larynx, M. St-Clair Thomson a l'habitude de faire l'extirpation de ces tumeurs par les voies naturelles.

R. Blondel.

Les radiations lumineuses dans le traitement de l'ozène, par I. Dronière (*Gazetta Medica Italiana*, n° 6 1902). — L'auteur a étudié l'action de la lumière dans les maladies de la gorge, du nez et des oreilles. Dans sa communication il se borne à relater les résultats obtenus dans l'ozène. Il a utilisé tour à tour la lumière du soleil, celle du bec Auer, celle des lampes électriques à incandescence et il expérimente en ce moment l'arc voltaïque. La lumière est tantôt projetée dans les cavités nasales, directement avec des reflecteurs, tantôt concentrée dans des tubes de cristal qu'on introduit dans les narines. Dans d'autres cas, on a introduit même de petites lampes électriques baignant dans l'eau. L'auteur a eu recours aussi à des lampes placées dans la bouche. Dans les six cas ainsi traités les effets thérapeutiques sont jusqu'à présent tous très satisfaisants ; la formation de croûtes est presqu'enrayée et la fétidité caractéristique de l'haleine a complètement disparu, même chez deux malades qui avaient inutilement essayé auparavant les médications les plus énergiques.

A. L. Percival.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

D' MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux

Le phagédénisme tertiaire, par FOURNIER (*Journal de médecine interne*, n° . p. 83. 1902.) — Avant d'entreprendre le traitement d'une plaie phagédénique chez un syphilique, il faut rechercher les causes du phagédénisme et les combattre si cela est possible ; par exemple supprimer l'alcoolisme, la malpropreté, le surmenage.

Le traitement comporte les trois moyens suivants : le traitement spécifique, les pansements par occlusion, la balnéation.

En ce qui concerne l'utilité de l'iodure tout le monde est d'accord; quant au mercure, il est également nécessaire, mais il est indispensable de ne pas l'administrer par la bouche ; il faut avoir recours aux frictions ou mieux encore aux injections pour respecter les voies digestives.

Le traitement topique par l'occlusion à l'aide de bandelettes d'emplâtre de Vigo entrecroisées (pansements à la Chassaignac) a fait ses preuves depuis longtemps.

La balnéation prolongée et continuée d'une façon persévérante pendant un certain temps, les bains d'une à trois heures de durée, répétés quotidiennement, ont toujours donné d'excellents résultats à M. Fournier. Pour les phagédénismes faciaux, l'action de la balnéation sera réalisée par des pulvérisations tièdes, faites deux fois par jour.

Comme tonique l'iodoforme en poudre ou en pommade au dixième donne parfois des résultats merveilleux ; la teinture d'iode peut aussi être employée avec avantage. Enfin il peut être nécessaire d'employer des caustiques puissants : chlorure de zinc ou pâte sulfo-carbonique de Ricord pour détruire le tissu phagédénique et transformer la plaie en plaie simple, mais ce dernier moyen n'est applicable qu'aux phagédénismes de peu d'étendue et dont la destruction totale ne menace pas des organes essentiels à la vie ou à la plastique.

L'expectation est parfois le meilleur parti à prendre quand tout a échoué. On se borne alors à relever l'état général par le changement d'air et de milieu, une alimentation réparatrice.

G. LYON.

Traitement des syphilitiques aux eaux sulfureuses par FERRAS (*Progrès Médical*, 1er mars 1902). — Il importe que tout praticien soit fixé sur les questions suivantes : 1° Les eaux sulfureuses sont-elles utiles, en général, à tout syphilitique? 2° A quelle période de l'infection ces malades pourront-ils se rendre auprès de ces sources ? 3° A quel moment et pour quels accidents le traitement sulfuré serait-il plus impérieusement indiqué ? 4° Quelles seront les stations de choix? Sous quelle forme ces eaux seront-elles employées, seules, ou associées au mercure ou au mercure et iodures?

1° Il convient de justifier cette pratique par l'examen sommaire de la nature de la maladie et l'action du soufre. L'infection syphilitique est d'autant plus à redouter que le terrain sera en état de moindre résistance. Contre l'agent infectant on luttera avec le mercure, et en faveur du milieu par les moyens de remontement en tête desquels se place le soufre. — L'efficacité du soufre dans la cure des affections cutanées a probablement servi de guide pour son application au traitement des syphilitiques auprès des thermes sulfurés. — C'est là qu'on trouve le soufre à l'état naissant, dans une sorte de sérum naturel, qui réparera les pertes de l'organisme avec d'autant plus d'énergie que la thermalité native des sources aura été plus élevée, et leurs réactions physico-chimiques seront plus nombreuses au contact des malades. Une preuve de cette action locale et générale est fournie par la réparation plus rapide de vastes et profondes ulcérations, coïncidant avec un remontement notable des forces, et cela, chez des malades recevant antérieurement des soins éclairés, dans des conditions hygiéniques favorables, et impuissants, cependant, à obtenir la guérison. Aussi est-on en droit d'affirmer : *que tout syphilitique gagnera à soutenir son traitement hydrargyrique par des cures sulfurées.*

2° Pendant longtemps, dans la crainte (encore trop répandue) d'exagérer les manifestations cutanées ou des muqueuses, on n'avait recours aux eaux sulfurées qu'à une époque assez éloignée du début de la syphilis. Or, on n'a qu'à perdre en laissant l'organisme s'affaiblir, se déminéraliser chaque jour davantage. Toute médication sulfurée précoce sera, au contraire, de grande efficacité.

3° *a*) Toutes les fois que le mercure sera peu ou mal toléré aux doses ordinaires, ou qu'il y aura intolérance pour les doses massives reconnues nécessaires; *b*) lorsque, malgré la tolérance, ces préparations ne produisent pas l'effet attendu; *c*) quand les récidives fréquentes indiquent que l'infection est plus profonde qu'il ne semblait tout d'abord; *d*) quand les accidents sérieux, précoces, font redouter une infection maligne; *e*) le traitement s'imposera encore

lorsque le système nerveux paraîtra plus particulièrement menacé.

Enfin, lorsque le syphilitique sera porteur d'affection hybrides : arthritides sur fond syphilitique, la double médication mercurielle et sulfurée sera très indiquée. La tolérance pour le mercure à l'aide d'une source sulfurée est le fait le plus vulgarisé sans qu'il soit définitivement expliqué.

Le mercure, quel que soit le mode d'administration, n'a-t-il pas des effets plus énergiques au contact des eaux sulfurées naturelles? Tout porte à le croire, en observant l'inaction de telle dose avant, et ses effets marqués dès le début de l'association avec le soufre naissant.

Cette considération doit rendre très prudents les médecins des thermes sulfurés, dans l'emploi de doses fortes des sels insolubles en injections intra-musculaires.

4° La France est le pays le plus favorisé en sources sulfurées dont la thermalité et la richesse naturelle variées ne sauraient être retrouvées ailleurs. Les principales sont dans les groupes Pyrénéen et des Alpes.

Luchon, par exemple, est doté des trois groupes qu'on ne rencontre qu'isolément ailleurs.

1° Eaux blanchissantes;

2° Eaux polysulfurées, plus énergiques;

3° Eaux hyposulfitées, sédatives.

La boisson et le bain constituent la base du régime sulfuré. Ce bain est composé des sources toniques, excitantes ou sédatives selon les conditions particulières du malade. Le traitement ne peut être arrêté d'avance et subit les changements exigés selon les effets accusés. Il en est de même pour la douche et l'étuve, qui généralement sont associées aux bains forts.

Quant à la boisson, si la préparation mercurielle est conseillée sous forme de pilules, solutions ou sirops, elle devra naturellement être bue longtemps avant le moment où le malade prendra le mercure.

Il est juste de citer de suite après Luchon les stations importantes de Barèges, Ax, Cauterets, Uriage et Challes, qui ne sont au deuxième rang que parce qu'elles ne possèdent pas réunies toutes les ressources de la station type. Cauterets et Ax devraient être plus spécialement conseillées aux syphilitiques de constitution arthritique affaiblie. Les secondaires, d'une manière générale, s'y trouvent mieux que les tertiaires.

Au contraire, Barèges, type des polysulfurés de grande énergie, et après lui Uriage, conviendront mieux aux syphilitiques de souche scrofuleuse.

Les secondaires, les porteurs d'hybrides, et les syphilis nerveuses seront éloignés de Barèges et Uriage. Challes, la plus sulfurée, la plus iodée des sulfurées exploitées, vient après Barèges et Uriage, à cause de sa faible thermatité et de sa faible altitude.

E. Vogt.

Intoxication hydrargyrique grave, consécutive à l'emploi d'injections de salicylate de mercure (*Soc. Dermat. de Berlin*, 4 mars 1902). — Lesser donne l'observation d'une femme qui reçut en quinze jours trois injections de salicylate d'hydrargyre de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 par dose. Trois semaines après, développement d'un exanthème hydrargyrique caractéristique, avec diarrhée et albuminurie : un peu plus tard, nécrose de la muqueuse utérine et formation d'une fistule recto-vaginale.

L'orateur admet dans ce cas une idiosyncrasie : la possibilité d'accidents si graves après injection d'une quantité aussi peu élevée (en tout 0 gr. 25 de substance active) de sel insoluble nous enseigne la prudence. Il faut dorénavant n'injecter des sels insolubles que dans les cas où tous les autres modes de mercurialisation auront échoué. En outre, il est préférable d'incorporer le salicylate de mercure à de l'huile et non à de la vaseline liquide et de ne pas dépasser la quantité totale de 10 ccm. par injection.

Rosenthal n'a jamais observé d'accidents de ce genre : il croit que dans ce cas il existait une idiosyncrasie pour le mercure plutôt que pour un sel spécial et se demande si la malade n'était pas albuminurique avant le début du traitement.

Lippmann trouve les sels insolubles si dangereux, qu'il a renoncé à leur emploi : il met en garde, en outre, contre les injections de sublimé à doses élevées.

Jaffa cite un cas de mort à la suite de deux injections de salicylate de mercure, chez un malade atteint de paraplégie syphilitique. L'intoxication se produisit par le mécanisme suivant : le sel hydrargyrique, éliminé par la muqueuse intestinale, ne put être évacué par suite de la parésie intestinale et produisit une intoxication avec ulcérations hémorragiques de la muqueuse du tube digestif. Ce fait démontre qu'il faut respecter les diarrhées éliminatrices en cas d'intoxication hydrargyrique.

Blaschko ne pense pas qu'il faille abandonner les injections de sels insolubles, car des accidents idiosyncrasiques graves ont été notés avec tous les modes de mercurialisation.

Saalfeld estime que le cas de Lesser n'est pas suffisamment contrôlé. Il peut y avoir eu erreur de dosage par le pharmacien, ou encore septicémie préalable.

Lesser ne peut donner de renseignement sur le premier point : à l'égard du second, il rappelle que la malade était apyrétique.

E. Vogt.

La méthode exfoliante dans le traitement des dermatoses (acné, lichenification, psorospermose) par Leredde. (*Journal des Praticiens*, n° 17 p. 262. 1902). — La méthode exfoliante est destinée à produire une réaction inflammatoire du derme et du corps muqueux, inflammation aiguë, mais passagère, qui sera suivie d'une décongestion passagère ou durable suivant l'intensité de la réaction et le cas particulier qui est traité. L'inflammation se caractérise par de la rougeur, du gonflement : au bout de 24 ou 48 heures paraissent des squames épaisses, d'abord humides, qui se dessèchent, puis tombent en quelques jours : c'est une véritable exfoliation.

Les agents exfoliants principaux sont les savons alcalins forts, la résorcine, l'acide salicylique, le naphtol B.

Voici des types de pâtes exfoliantes :

Axonge benzoïnée.....	28	grammes
Oxyde de zinc.....	10	—
Terre fossile.....	2	—
Résorcine	40	—
		(Unna)
Vaseline.....	25	grammes
Savon noir	25	—
Soufre précipité.....	50	—
Naphtol B.....	10	—
		(Lassar)
Vaseline.....	25	grammes
Savon noir.....	25	—
Amidon.....	25	—
Soufre.....	25	—
Résorcine.....	10	—
Acide salicylique.....	5	—
Naphtol B.....	5	—
		(Besnier)

et un type de lotion :

Teinture de savon de potasse à 1/5	40	grammes
Résorcine.....	3	—
Soufre précipité.....	10	—
		(Darier)

La pâte résorcinée est la meilleure préparation ; on l'applique tous les 8 jours sur la peau, après un savonnage léger, on la laisse en place 15, 20 et 25 minutes suivant le cas, parfois jusqu'à 40 minutes, mais en débutant toujours par une application de courte durée.

La lotion résorcinée soufrée de Darier ne nécessite pas une surveillance aussi attentive ; on fait chaque soir un badigeonnage pendant trois jours de suite, en laissant sécher le mélange alcoolique sur la peau ; elle est d'ailleurs moins active que les pâtes.

Pour calmer l'inflammation produite par les pâtes ou les lotions exfoliantes, on peut appliquer consécutivement, une crême telle que la suivante :

Vaseline	ãã 10 grammes
Lanoline.....	
Eau	

Ou une pâte comme celle-ci :

Lanoline.....	ãã 10 grammes
Vaseline	
Oxyde de zinc.....	16 grammes

L'indication principale du traitement exfoliant est fournie par l'acné polymorphe. L'acné rosée peut aussi être traitée efficacement par ce moyen, de même que l'acnée cornée de Leloir, l'acné kératique. Le traitement a donné un résultat remarquable chez un malade atteint de psorospermose folliculaire végétante Enfin il est applicable aux lichénifications de la peau.

G. Lyon.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL,

Chef du Laboratoire de la Maternité, à l'hôpital de la Charité

Ventrofixation de l'utérus au moyen des ligaments ronds, par le Dr Tod Gillian (*The New-York medical Journal*, 4 janvier 1902). — Tout d'abord, l'auteur expose cette règle que l'utérus est un organe mobile qu'on ne peut fixer, dans quelque position que ce soit, sans porter préjudice à cet organe lui-même ou aux viscères qui lui sont contigus.

En effet, normalement, la situation de la matrice varie, suivant l'état de réplétion ou de vacuité de la vessie et du rectum, suivant le rythme du mouvement respiratoire, et suivant les différents modes de motilité du corps.

De plus, l'utérus, à cause de ses fonctions de grossesse et d'accouchement auxquelles il est destiné, risque, toutes les fois qu'il subit quelque déplacement pathologique, de ne pouvoir accomplir intégralement son rôle. Ses dimensions ne restent plus proportionnées au développement de son produit et, très souvent, l'avortement a lieu.

Cependant, il arrive que, dans certaines conditions, lorsque, par exemple, la matrice tombe en rétroversion ou en prolapsus, il y a nécessité de faire ce que l'on appelle la *suspension* de

l'utérus. Cette dénomination, par elle-même, est mauvaise, car la *suspension* de la matrice est chose aussi irrationnelle qu'impraticable. Il suffit, en effet, de se rappeler quelle est la situation anatomique de l'utérus et de ses ligaments. Les ligaments, étant tous sur le même plan que l'utérus, à l'état de complet relâchement, ne peuvent réellement jouer le rôle de liens de *suspension*, si ce n'est lorsqu'ils parviennent à se tendre sous l'influence de quelque cause pathologique. Deux forces, seulement, maintiennent la matrice dans sa situation normale d'un côté, la pression intra-abdominale et, de l'autre, l'action compressive de la paroi abdominale. La pression intra-abdominale, pour être effective, doit s'exercer sur la surface postérieure de l'utérus, sur cette surface même où viennent prendre insertion les ligaments ronds. Ces petits cordons, comme tous les autres ligaments de la matrice, sont toujours relâchés, et permettent, dans une certaine mesure, d'avant en arrière et d'arrière en avant, les mouvements de bascule de l'utérus. C'est sur ces ligaments ronds qu'il faudra agir, quand l'utérus est tombé en rétroversion, car, seuls, ils peuvent ramener cet organe dans une situation telle que la surface postérieure de la matrice supportera le poids des intestins. Alexander avait bien remarqué ce fait et créa l'opération qui porte son nom. Il fit le raccourcissement des ligaments ronds à leur sortie du canal inguinal. Mais cette technique opératoire est difficile et non exempte de plusieurs reproches. Aussi, M. Gillian propose-t-il simplement la fixation de chaque ligament rond a la paroi interne de l'abdomen, de manière à constituer une sorte d'ancrage (*anchorage*) suivant sa propre expression.

Voici comment procède l'auteur :

M. Gillian fait une incision abdominale de 6 à 8 centimètres de longueur, sur la ligne médiane, entre l'ombilic et le pubis. Puis, mettant à découvert l'un des ligaments ronds, amène ce ligament dans la plaie, de façon à pouvoir en traverser la face inférieure avec un fil dont les extrémités sont fixées par un clamp. Faisant alors passer le ligament rond dans une petite ouverture pratiquée obliquement en bas et en dehors, à travers le fascia aponévrotique et la couche musculaire, M. Gillian fait surgir ce cordon à 2 centimètres de l'un des bords de l'incision abdominale. Enfin, au moyen du fil que retenaient les mors de la pince, une nouvelle fraction est exercée sur le ligament, de telle sorte que celui-ci remonte jusqu'au fascia aponévrotique, où il est fixé, sur une étendue de 5 à 6 millimètres, par quelques points de suture.

L'auteur fait remarquer que, par ce procédé, l'utérus ne se trouve pas suspendu et que, même après la grossesse ou les accouchements, les résultats demeurent très satisfaisants.

R. Blondel.

Etiologie et traitement du prurit vulvaire (*Deutsche med. Wochenschrift*, 27 février 1902). — Seligmann traite depuis dix ans le prurit vulvaire, quel que soit son étiologie, avec le vasogène gaïacolé. On commencera par nettoyer minutieusement la région, à guérir les excoriations par des topiques appropriés, puis, on appliquera du vasogène gaïacolé à 10 0/0 sur les points malades, de préférence le soir : par dessus, un peu d'ouate hydrophile. Le tout reste en place pendant la nuit. Si la proportion de 10 0/0 est trop faible, on se servira, au bout de trois à quatre jours, de vasogène gaïacolé à 15 0/0 ou 20 0/0 : à ce degré de concentration, la topique exerce une action caustique et on en surveillera avec soin l'emploi.

Il arrive parfois qu'après guérison, une récidive se manifeste : dans ce cas, quelques applications (1 à 2) suffisent souvent pour obtenir une guérison définitive.

E. Vogt.

Pharmacologie

Dr Vogt

Ex-Assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Quelques observations cliniques sur la valeur thérapeutique de l'héroïne par Comremale et Huriez (*L'Ech. méd. du Nord*, 29 avril 1902). — Les auteurs ont tenu à se faire une opinion personnelle sur ce médicament, et à déterminer sa valeur thérapeutique.

Ils l'ont donné contre la toux dans les maladies de l'appareil respiratoire, tuberculose pulmonaire et laryngée, bronchite aiguë et chronique, comme antidyspnéique chez quelques cardiaques et enfin comme analgésique dans diverses affections douloureuses. Ils n'ont enfin pas craint, chez des incurables, de prolonger l'usage de l'héroïne, même pendant plusieurs mois, pour en connaître les conditions d'accoutumance.

Les auteurs ont eu surtout recours à la voie hypodermique ; les injections étaient faites avec une solution aqueuse de chlorhydrate d'héroïne à 1/200 ; un centimètre cube, deux parfois, suffisaient pour calmer les malades pendant six à douze heures ; et l'on répétait ces doses, si besoin était.

L'effet se faisait sentir ordinairement cinq à dix minutes après l'injection.

1° *Action antidyspnéique et calmante.* — La lecture des vingt-quatre observations données par les auteurs est concluante. Presque toutes les causes organiques de toux et de dyspnée sont représentées dans ces vingt-quatre cas : bronchite aiguë, tuberculose au début, congestion pérituberculeuse, adhérences pleurales, phtisie laryngée, broncho-pneumonie tuberculeuse, bronchite chronique avec emphysème, cardiopathies avec asystolie, tumeur du médiastin. Or, sur vingt-quatre malades, à qui l'héroïne a été donnée d'une à cent fois et plus, il n'en est pas un seul chez qui du soulagement n'ait été apporté.

Chez tous, très rapidement la toux diminuait d'intensité et de fréquence, chez tous la respiration se faisait beaucoup plus librement et le sommeil survenait plus ou moins complet. Les tuberculeux, qui se plaignaient de transpirer beaucoup la nuit, voyaient en outre leurs sueurs diminuer considérablement, elles ont même disparu complètement chez un des malades.

Pour arriver à ce résultat, la dose quotidienne d'un centigramme d'héroïne en deux fois suffisait presque toujours ; et ce n'est qu'à la période ultime de la tuberculose ou chez le malade atteint de tumeur du médiastin qu'on dut augmenter la dose et injecter jusqu'à deux et trois centig. par jour.

L'héroïne contre la dyspnée et la toux est donc un médicament sûr, d'action rapide et durable.

2° *Action analgésique.* — La lecture des 13 observations citées démontre que les douleurs les plus diverses sont calmées, par exemple celles du carcinome stomacal, de la colique saturnine, de l'orchite, de la sciatique, de la colique appendiculaire, de la sclérose en plaques, du tabès. L'intensité de cette action analgésique est remarquable, puisqu'un demi-centigramme a presque toujours suffi pour calmer lors d'une première injection. La rapidité de l'action n'est pas moins à retenir, comme aussi la durée pendant laquelle la souffrance est supendue.

En dehors de l'instantanéité, apanage de la morphine, toutes les autres qualités de l'héroïne en font un analgésique supérieur à la morphine ; ce sont la durée, l'intensité d'action, un effet supérieur. L'absence enfin des effets secondaires désagréables inhérents à la morphine ne laisse pas aussi que de prévenir en faveur de l'héroïne ; nul trouble en effet du côté du tube digestif, pas de perte d'appétit notamment, peu ou pas de constipation — elle n'a été constatée que deux fois, chez deux tabétiques sujets à des constipations des plus opiniâtres. Pas d'avantage d'excitation psychique à la suite de l'injection, d'obnubilation ou de dépression au réveil, comme c'est la règle à la suite des injections de morphine. Les auteurs accordent donc, la prééminence à l'héroïne, en ce qui concerne la sédation de la toux, de la dyspnée, de la douleur.

L'accoutumance existe, mais relativement peu marquée, et quasi négligeable ; il a fallu deux et trois mois pour passer d'un centigramme à trois centigrammes.

Cette absence d'accoutumance, la nécessité de moindres doses pour calmer, le manque de sensations agréables accompagnant l'injection d'héroïne, ont engagé les auteurs à démorphiniser par l'héroïne deux malades :

Ils se trouvèrent soulagés par un ou deux centigrammes d'héroïne et chez eux n'ont pas paru l'énervement et l'angoisse que provoque la suppression du poison habituel ; la substitution s'est faite sans à coups ; la cessation a eu lieu aussi du jour au lendemain (dose de morphine 0,05 gr.).

Les inconvénients de l'héroïne résident dans les menus accidents d'intoxication, que son emploi produit quelquefois.

Tous les sujets ont eu de la céphalée, des vertiges, une sensation d'ivresse, pour les uns tout à fait passagère il est vrai, pour les autres pendant toute la durée de l'action du médicament. Neuf des trente-quatre malades ont eu en même temps des nausées, même des vomissements parfois tellement pénibles, que trois d'entr'eux ont absolument refusé une deuxième injection. Chez un des sujets, les troubles d'intoxication revêtirent une allure des plus inquiétantes. Il eut une véritable syncope de cinq minutes après l'injection et il a fallu le mettre au lit : toute la journée il eut des vomissements et le lendemain des nausées l'empêchèrent de manger. Chez plusieurs des malades les troubles cessaient lors de la troisième ou de la quatrième injection, mais chez un malade qui avait présenté des troubles d'intoxication assez accentués, les accidents semblaient aller en augmentant.

Sur les cinq malades précédemment morphinisés, aucun n'a présenté avec l'héroïne des accidents notables à la première piqûre. Les neuf malades qui ont été particulièrement intoxiqués par l'héroïne étaient tous des artériosclérieux, à localisations médullaires, cardiaques, circulatoires, pulmonaires.

Chez les six phtisiques avancés à qui l'héroïne a été donnée, aucun n'a survécu deux mois, et chez certains, cependant, rien n'annonçait que la résistance était à bout ; l'un

d'entr'eux en particulier a laissé l'impression d'avoir été précipité par l'héroïne à la mort. Ils cessaient de cracher et s'intoxinisaient ainsi rapidement. En résumé, l'héroïne ne pourra être donnée indistinctement à tous ceux qui toussent, souffrent ou sont oppressés : les artério-scléreux sont exposés à l'ivresse héroïnique, qui, si elle n'est pas grave, est néamoins ennuyeuse, et les tuberculeux excavés sont rapidement aggravés et conduits à la mort. Dans tous les autres cas, elle sera très efficace.

E. Vogt.

L'hédonal, par le Dr Ots (*Gaceta Medica del Norte* 31 décembre 1901). — L'opium et le chloral, les premiers hypnotiques connus ont des inconvénients assez sérieux et ne peuvent être utilisés dans la plupart des cas chez les aliénés.

L'opium exerce une action congestive sur tout l'organisme et plus particulièrement sur la circulation encéphalique, aussi son action est-elle funeste dans les vésanies : le chloral est sédatif et fatigue le cœur, ce qui le contre-indique aussi.

Aujourd'hui nous possédons une foule d'hypnotiques (trional, sulfonal, paraldéhyde, chloralose etc.) : malgré cette pléthore nous nous trouvons souvent impuissants à faire dormir un malade.

Le Dr Ots a essayé l'hédonal chez plusieurs malades et les résultats ont été très encourageants car il s'agissait de malades ne pouvant dormir que moyennant de fortes doses de trional.

Chez six malades avec excitation maniaque on a donné à titre d'essai 1 gr. 50 d'hédonal après dîner dans une tasse de tilleul.

Les effets ont commencé à se faire sentir une demi-heure à deux heures après l'ingestion du médicament et le sommeil a duré de six à neuf heures.

Le réveil est normal et sans la confusion d'idées survenant après les fortes doses de trional ; les malades ne se plaignent pas des nausées et syncopes que provoque parfois le sulfonal, ni de l'haleine désagréable provoquée par l'ingestion de paraldéhyde, ni des désordres gastriques et des vomissements déterminés par l'uréthane.

En résumé, il s'agit d'un médicament hypnotique qu'on peut considérer comme supérieur à tous les autres.

F. Berini.

La purgatine et l'émodine, par le prof. Ebstein (*Therapie d. Gegenwart*, 1902, n° 1). — L'émodine est une substance extraite de l'aloïne. Elle possède des propriétés purgatives analogues à la purgatine, mais outre son prix plus élevé, elle occasionne des coliques même à petites doses. Ewald, Stadelmann et Ebstein donnent la préférence à la purgatine qu'ils prescrivent en poudre ; on donnera une pointe de couteau le soir comme laxatif, et une demi-cuillerée à café comme purgatif. Ebstein a vu ce médicament réussir dans un cas de constipation opiniâtre là où des lavements d'huile, administrés journellement pendant six jours, avaient échoué. La purgatine et l'émodine sont insipides et ne dérangent nullement les voies digestives.

E. Vogt.

Résultats obtenus jusqu'ici avec la photothérapie (*Monats. f. orthop. chir. u. phys. Heilmethoden*, n° 3, 1902). — Strebel assigne au bain de lumière par incandescence une action sur l'appareil sudoripare facile à doser et énergique. La lampe à arc agit, en outre, par les rayons ultra-violets : ces derniers jouent un rôle prépondérant quand on se sert de lumière à haute tension.

La lumière à incandescence ne provoque pas une sudation simple : les échanges nutritifs sont manifestement exaltés et le liquide éliminé contient de notables quantités de produits de desassimilation, d'où l'efficacité de ce traitement dans l'obésité, le rhumatisme, la goutte et le diabète : dans cette dernière maladie, un régime approprié doit toutefois être prescrit. Dans les cas de néphrite, on obtient une amélioration de l'état général, mais le taux de l'albumine n'est pas influencé. Les affections du système nerveux ne sont pas justiciables de ce traitement.

La lumière rouge ou violette agit favorablement sur diverses dermatoses (furonculose, psoriasis, acné vulgaire, alopécie).

E. Vogt.

Appareils à air chaud et traitement par l'air chaud (*Zeitschr. f. diæt. u. phys. Therapie*, 1902). — Schreiber estime que dans ces appareils (genre Tallerman, Krause), la température est fort inégalement distribuée : en outre, le thermomètre adapté à ces appareils ne donnerait pas d'indications exactes sur l'intensité calorique utilisée. L'auteur ne croit pas que l'ascension thermique à 100 et 150° démontre que la peau puisse vraiment supporter des températures aussi élevées : ces dernières sont du reste superflues, car on court toujours le risque de développer des troubles réflexes (palpitations, syncopes, etc.). La température la plus favorable pour l'obtention d'une transpiration maximum se trouve entre 50 et 70°.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

LES MÉDICATIONS TONIQUES

Les médications toniques trouvent leur indication dans un grand nombre de circonstances : dans la convalescence des maladies infectieuses, notamment des infections de longue durée comme la fièvre typhoïde, ou de celles comme la grippe qui déterminent une asthénie profonde; dans le cours des maladies chroniques où la débilitation survient sous l'influence de causes multiples, notamment dans le diabète, la goutte ancienne, le rhumatisme chronique, le leucémie, la tuberculose pulmonaire, à la suite des hémorragies très abondantes qui peuvent survenir dans l'état puerpéral ou par traumatisme, par exemple; enfin à la suite des grandes interventions chirurgicales.

Les médicaments toniques sont relativement peu nombreux et d'une efficacité très inégale. En tête d'entr'eux reste placé le quinquina que les médications plus nouvelles par la kola, la coca n'ont pas détrôné. L'arsenic, le fer, sont également des toniques de premier ordre, bien supérieurs aux différentes préparations phosphatées; le fer est le tonique spécifique quand la cause essentielle de l'asthénie tient aux altérations hématiques (anémie par hémorragie), toutefois l'emploi du fer, de l'arsenic est limité par l'état de l'estomac qui n'en permet pas toujours la tolérance, il est vrai que certaines préparations arsenicales ou ferrugineuses nouvelles (cacodylates) peuvent être administrées par voie hypodermique. On ne peut non plus administrer indifféremment par voie buccale toutes les formes médicamenteuses indistinctement; les vins toniques, les élixirs, etc., toutes les préparations à base d'alcool sont souvent mal supportées. On aura recours de préférence aux formes pulvérulentes, aux extraits en pilules, cachets, aux extraits fluides, aux solutions aqueuses ou glycérinées, aux saccharolés, etc.

A côté des préparations pharmaceutiques empruntées à l'ordre végétal et minéral, il faut maintenant faire place aux toniques empruntés au règne animal, dont la lécithine est le type.

a) préparations de quinquina.

Poudre 1 à 6 grammes en cachets. *Enfant* 0 gr. 50 à 1 gramme par année.

Macérations ou infusions (de quinquina rouge) 20 0/00. *Enfant* 3/500.

Extrait aqueux (quinquina gris) complètement soluble dans l'eau. 1 à 6 grammes en potion.

Enfant 0 gr. 20 à 0 gr. 50 par année.

Extrait hydro-alcoolique (des 3 variétés) incomplètement soluble dans l'eau.

1 à 6 grammes en cachets, pilules, potion.

Extrait fluide (correspond à son poids d'écorce).

1 à 6 grammes en potion.

Granulé (contient 1/6 d'extrait) 1 à 3 c. à café.

Teinture au 1/5. LIII gouttes pèsent 1 gramme. 1 gramme contient 0 gr. 004 d'alcaloïdes.

5 à 20 grammes. *Enfant* X gouttes par année.

Vin : 50 grammes renfermant 0 gr. 024 d'alcaloïdes. 50 à 100 grammes. *Enfant* 5 grammes par année.

Mixtures :

Teinture de quinquina.	ãã 20 grammes
— de gentiane..	
— de rhubarbe..	10 —

Une cueillerée à café à chaque repas.

Extrait de quinquina..	5	grammes
Rhum ou cognac.....	30	—
Glycérine.....	120	—

Une cuillerée à café contient 0 gr. 50 d'extrait.

Pilules :

Extrait de quinquina.....	0 gr. 10
Tartrate de fer et de potasse	0 gr. 05
Poudre de quinquina q. s.	

Pour 1 pilule, 2 à 8 par jour.

Potions :

Eau distillée.....	140	grammes
Sirop d'écorces d'oranges.....	60	—
Vin de quinquina.....	40	—
Extrait de quinquina..	8	—

3 cuillerées à soupe par jour.

Extrait de quinquina..	2 — 6	grammes
Teinture de cannelle..	10	—
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	30	—
Eau distillée.....	120	—
Extrait de quinquina..	2	grammes
Sirop de gomme.....	40	—
Infusion de café.....	125	—

Une cuillerée à café toutes les deux heures chez les enfants.

Poudre :

Poudre de quinquina	ãã 10	grammes
Craie préparée.....		
Rhubarbe.....	5	—
Sous-carbonate de fer	2	—

Une pincée à chaque repas.

Vins :

Vin de quinquina..	ãã 200	grammes
— de gentiane....		
Sirop d'écorces d'oranges amères...	100	—

2 à 3 verres à bordeaux par jour.

Vin ferrugineux :

Sulfate de fer.....	2	grammes
Acide citrique.....	2	—
Eau distillée chaude...	10	—
Vin de quinquina gris, au grenache.....	990	—

(Codex)

50 grammes contiennent 0 gr. 10 de sulfate ferreux.

(*A suivre*)

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Curiosités médicales. La syphilis. — Voulez-vous connaître les divers noms de la maladie créant ce que Brieux appelle les *avariés*? Les voici, d'après Joseph Capuron, auteur de *l'aphrodisiographie*, ouvrage aussi curieux que technique, imprimé à Paris en 1807 :

Vérole, vairole ou *grosse vérole*, en France;

Las bubas, bubas, buas, ou *boas*, des Espagnols;

Lo male de le tavelle, des Génois;

Il malo delle bole, des Toscans;

Lo male de le brosule, des Lombards;

Mal de Saint-Mévius, Frantzosen ou *Frantzosischen pocken*, ou *mal français, vérole française*, chez les Allemands;

Mal de Saint-Sement, chez les Catalans et les Aragonais;

Mal de Saint-Job, de *Sainte-Reine*, de *Saint-Evagre*, de *Saint-Roch*, chez quelques autres peuples;

Mal francese ou *mal Français*, chez les Napolitains, comme *mal de Naples*, chez les Français;

Frenck pox ou *vérole française*, des Anglais;

Spaanse pocken ou *vérole espagnole*, des Flamands et des Hollandais;

Mal des Portugais, chez les Indiens Orientaux et les Japonais;

Mal des Chrétiens, chez les Turcs;

Mal des Turcs, chez les Persans;

Mal des Allemands, chez les Polonais;

Mal des Polonais, chez les Moscovites;

Pudendagra de Gaspard Torella; *mentulagra* de Joseph Grundpeck; *mentagra* de Wendelin Hock; *patursa* de Jean Antoine Roverel; *mal vénérien* de Fernel; *siphilis* (sic) de Fracastor.

Le tabac. — Le tabac fait beaucoup parler de lui, en ce moment. M. Dumon, dans une thèse pour le doctorat en pharmacie, déclare que le tabac est fort utile aux médecins et aux personnes qui approchent les grippés, les diphtériques, les tuberculeux.

M. Dumon a étudié l'action du tabac sur les microorganismes qui se trouvent dans la cavité buccale, et voici le résultat de ses observations.

Sans action sur le développement des bacilles du tétanos et de la fièvre typhoïde, il modifie très sérieusement l'évolution des bacilles de la grippe, de la diphtérie, de la tuberculose et du muguet, au point d'enrayer quelquefois le développement de ces espèces.

L'admirable serait qu'il guérit ces diverses maladies. M. Dumon ne va pas jusque-là. Au moins est-ce déjà quelque chose, que pouvoir les éviter au moyen du tabac.

Il est vrai qu'à l'Académie de médecine, dans un livre de M. Le Juge de Segrait, dont M. le Pr Guyon fit la présentation, le tabac est formellement accusé de provoquer *l'impuissance* (!) Tout au moins, l'auteur affirme avoir vu disparaître cet...état chez des fumeurs invétérés qui ont eu le courage de renoncer à leur vice.

Le moyen est tentant; mais est-il efficace à tout âge?

BIBLIOGRAPHIE

Manuel d'Electrothérapie et d'Electrodiagnostic, par le Dr E. Albert-Weil, chef de service à l'hôpital Trousseau. Un vol. in-12 de la *Collection médicale*, avec 80 figures dans le texte, cartonné à l'anglaise, 4 francs. (Paris, Félix Alcan, éditeur).

De tous les agents physiques, les modalités électriques sont ceux dont les applications médicales sont les plus nombreuses et les plus efficaces. Mais si tout médecin praticien ne peut pas faire de l'électrothérapie, il doit être familiarisé avec les principales propriétés de cette médication, la conseiller en temps opportun et savoir discerner parmi les nombreuses formes de l'énergie électrique utilisables en médecine, celles qui doivent être conseillées aux malades.

Ce manuel a pour but de faire connaître la manière de les appliquer à l'organisme humain et le bénéfice qu'on en peut retirer pour le diagnostic et la thérapeutique.

L'ouvrage est divisé en quatre parties consacrées, la première à la description des instruments et à la technique de leurs applications ; la seconde aux effets et aux indications des modalités de l'énergie électrique ; la troisième au diagnostic et la quatrième aux applications thérapeutiques. L'auteur passe successivement en revue les maladie de la nutrition, du système nerveux, du système musculaire et articulaire, des appareils digestif, respiratoire, circulatoire lymphatique, génito-urinaire de l'homme, des organes génitaux de la femme, les maladies de la peau, des organes des sens et de la voix. Un certain nombre d'observations types permettent de suivre les effets de la médication électrique et les résultats obtenus.

Ce livre par la quantité de renseignements qu'il contient sera consulté utilement par tous les médecins désireux de se tenir au courant des nouvelles méthodes introduites, ces dernières années, dans l'électrothérapie et l'électrodiagnostic.

Conférences pour l'Internat des hôpitaux de Paris, par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux, 30 fascicules gr. in-8 de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule, 1 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Ces *Conférences de médecine clinique* comportent à la fois des questions d'anatomie, de pathologie interne, de pathologie externe et même d'obstétrique.

Parmi les questions d'Anatomie, nous citerons les *muscles intrinsèques du larynx*, la *trachée*, les *vaisseaux sanguins du poumon*, la *configuration* et les *rapports du cœur*, les *espaces intercostaux*, le *diaphragme*, le *nerf facial*, les *circonvolutions cérébrales*, les *artères du cerveau*, les *sinus de la dure-mère*, le *quatrième ventricule*, etc.

Comme sujets de Pathologie interne, nous signalerons le *croup*, la *tuberculose pulmonaire*, la *gangrène pulmonaire*, l'*adénopathie trachéobronchique*, la *grippe*, l'*érysipèle de la face*, l'*hémorragie cérébrale*, la *méningite tuberculeuse*, l'*hémiplégie*, le *tabès*, etc.

La Pathologie chirurgicale est représentée par les questions : *Cancer du larynx, corps étrangers des voies aériennes, cancer du sein, plaies pénétrantes de la plèvre et du poumon, fractures du rocher, conjonctivites, mal de Pott, fractures du rachis.*

Une table alphabétique détaillée terminera l'ouvrage.

Disséminées dans le texte se trouvent un grand nombre de figures schématiques. Elles ont été dessinées le plus simplement possible par les auteurs. Les unes sont destinées à montrer plus clairement ce qui se conçoit mal à la simple lecture; les autres ont pour but de rappeler certains points importants que la mémoire visuelle aide beaucoup à fixer.

Nlle Imprimerie. E. Lasnier dir., 35-37, rue St-Lazare. Paris — *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

L'Œuvre générale des Dispensaires antituberculeux et des Cures d'Air populaires. Inauguration du Dispensaire modèle de Vaugirard.

L'Œuvre Générale des Dispensaires antituberculeux nous conviait hier matin à la visite inaugurale que son éminent président d'honneur, M. le Pr Brouardel, doyen honoraire de la Faculté de Médecine, président de la Fédération des Œuvres antituberculeuses françaises, venait faire au nouveau Dispensaire du XVe arrondissement, 196, rue Lecourbe. Reçu par le docteur Bonnet Léon, promoteur en France de cette œuvre admirable des Dispensaires antituberculeux et par M. de Bary, le généreux philantrophe, M. le Pr Brouardel a été salué par les Membres du Comité de Patronage, MM. Landouzy, Emile Roux, Letulle, R. Blondel, Autrand, secrétaire-général de la Préfecture, Mourier, directeur de l'Assistance publique, Pugeault, Chérioux, conseiller général, Hackspill, etc.

Le Comité de direction, MM. les docteurs Bondon, Parent, Musy, Dieupart, Blottière, Barlerin, et nombre de personnalités politiques et de la Presse. Le nouveau Dispensaire se compose d'une grande salle d'inscription et de distribution (assistance thérapeutique et alimentaire) d'une pharmacie, d'un spacieux jardin avec locaux pour les animaux en expérimentation, et un laboratoire de bactériologie. Au premier étage, se trouvent le vestiaire avec annexe pour la désinfection des vêtements, les cabinets de consultation et de rayons X. L'étage supérieur est occupé par un hall vitré, avec larges baies pour la gymnastique respiratoire, ouvertes sur de grands jardins. Les murs extérieurs et intérieurs sont enduits de ripolin, arrondis aux angles pour permettre un lavage complet. Le mobilier est de même ripoliné. Une couche d'encaustique spécial doué de propriétés absorbantes et germicides recouvre entièrement les parquets.

Après avoir communiqué les lettres d'excuses et de regrets de MM. les Prs Berthelot, Bouchard, Chantemesse, Guyon, Hérard, etc., des chefs de cabinets des Ministres de l'Intérieur et de l'Instruction publique, du Prefet de la Seine et de Police, etc., le Dr Bonnet Léon esquisse l'historique de son œuvre, le programme et le fonctionnement des dispensaires antituberculeux pour la préservation et la guérison de la tuberculose, qui ne sont ni les polycliniques allemandes, simples cabinets de triage, ni les bureaux de bienfaisance, et moins encore certaines cliniques installées en France et à Paris dont l'apport à la lutte antituberculeuse est plutôt douteux. Des souscripttons considérables, des encouragements précieux, une loterie de 100.000 fr. autorisée par le gouvernement, permettront d'augmenter rapidement le nombre des dispensaires, dont 4 sont déjà en formation et plus de douze seront ouverts avant six mois. L'action du dispensaire est complétée par les cures d'air populaires, les premières organisées en France et créées déjà à Saint-Maur et à Champigny. Ainsi la tuberculose est arrêtée sur place dès les manifestations du 1er degré sans que les lésions puissent aboutir aux degrés ultérieurs. Les malades venus volontiers au dispensaire deviennent des collaborateurs actifs pour dépister ceux que le fléau menace ou a déjà frappés. Ainsi fonctionne cet organisme simple aux rouages modestes, faits du dévouement des médecins de l'œuvre qui assurent d'une façon obsolument gratuite un service médical des plus importants.

Le dévoué secrétaire de l'œuvre, Dr Musy, communique les résultats essentiellement probants obtenus par le Dr Bonnet Léon au premier dispensaire de la rue Saint-Lazare et à celui de la rue Marcadet. La deuxième année d'exercice donne lieu aux conclusions les plus consolantes et d'autant plus remarquables qu'elles sont les premières publiées en France et qu'elles se trouvent basées sur des observations sérieuses.

Dans une improvisation des plus heureuses, M. le Pr Brouardel remercie les personnes présentes du concours précieux qu'elles apportent à l'œuvre. Il retrace les étapes parcourues dans cette lutte antituberculeuse et fait remarquer le caractère contagieux et par conséquent évitable de la tuberculose. Il rappelle l'importance de la Fédération des Œuvres antituberculeuses françaises à laquelle l'Œuvre générale appartient dès le premier jour. Il insiste sur les résultats absolument probants obtenus par l'Œuvre dans les différents dispensaires de la rue Saint-Lazare et de la rue Marcadet et se félicite de l'assurance qu'on vient de lui donner qu'avant six mois l'Œuvre générale aura organisé la lutte antituberculeuse dans plus de 12 arrondissements de Paris.

A l'issue de cette cérémonie inaugurale M. de Bary a réuni tous ceux qui avaient bien voulu répondre à l'appel de l'Œuvre Générale, et un déjeuner a été servi par petites tables dans les wagons de la Grande Roue. Des toasts chaleureux ont été portés à M. le Professeur Brouardel et à M. de Bary, aux représentants du Gouvernement et à la Presse et l'on a choqué les verres au succès des grandes fêtes de bienfaisance qui vont être données par l'Œuvre des dispensaires antituberculeux les 23, 24 et 25 mai prochain à la Grande Roue de Paris.

FELIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

MANUEL D'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Par **V. CORNIL**
Professeur à la Faculté de médecine, Membre de l'Académie de médecine, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

L. RANVIER
Professeur au Collège de France, Membre de l'Institut Membre de l'Académie de médecine

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

A. BRAULT
Médecin de l'hôpital Lariboisière, Chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine.

M. LETULLE
Professeur agrégé à la Faculté de médecine, Médecin de l'hôpital Boucicaut.

TOME PREMIER

L. Ranvier. Généralités sur l'histologie normale. Cellules et tissus normaux. — **V. Cornil**. Généralités sur l'histologie pathologique. Altération des cellules et des tissus. Des inflammations. — **A. Brault**. Des tumeurs. — **F. Bezançon**. Notions élémentaires sur les bactéries. — **Maurice Caris**. Lésions des os. Lésions du tissu cartilagineux. Anatomie pathologique des articulations. — **V. Cornil**. Des altérations du tissu conjonctif. Lésions des membranes séreuses.

1 vol. in-8 avec 369 gravures, en noir et en couleurs, dans le texte..... **25 fr.**
L'ouvrage complet comprendra 4 volumes

LA PROFESSION MÉDICALE, ses devoirs, ses droits, par **G. MORACHE**, Professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bordeaux, Membre correspondant de l'Académie de médecine. 1 vol. in-12, cartonné à l'anglaise..... **4 fr.**

Traité Médico-hirurgical de Gynécologie

par les Drs **LABADIE-LAGRAVE** et **LEGUEU**

Volume grand in-8°, avec 323 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise, 2e édition..... **25 fr.**

Ouvrage couronné par l'Académie des Sciences et l'Académie de Médecine

CHIRURGIE DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES, Traumatisme du foie et des voies biliaires. — Foie mobile. — Tumeurs du foie et des voies biliaires, par **F. TERRIER**, professeur à la Faculté de Médecine de Paris et **M. AUVRAY**, chirurgien des hôpitaux de Paris. 1 volume grand in-8° avec 50 figures..... **10 fr**

TRAVAUX ORIGINAUX

TECHNIQUE DE LA RACHICOCAINISATION

par le Dr A. GUINARD.

Chirurgien de la maison Dubois.

Les grandes discussions sur l'anesthésie par la cocaïnisation sous-arachnoïdienne, semblent terminées, mais on sent qu'elles reprendront incessamment et que le dernier mot n'a pas été dit sur ce sujet. Quelques insuccès retentissants, habilement et bruyamment exploités par les adversaires de la méthode semblent avoir jeté quelque discrédit sur ce précieux mode d'anesthésie, et cependant je ne crois pas qu'il y ait lieu de partir en guerre pour convaincre les irréductibles. La vérité ne peut manquer de se faire jour, et le temps fera son œuvre.

Pour ma part, j'ai dit ailleurs que j'avais eu une grande répugnance au début à introduire de la cocaïne au contact de la pie-mère rachidienne : j'ai été un adepte tardif, et je ne me suis laissé aller qu'avec la plus grande prudence, en avançant pas à pas et en observant patiemment.

Actuellement, j'ai restreint un peu le champ d'action, et je n'emploie plus la rachicocaïnisation que pour tout ce qui concerne les organes génitaux, le rectum, l'anus et les membres inférieurs. C'est dire que je l'ai abandonnée pour toutes les laparotomies. Mais le champ reste vaste et j'en use largement, aussi bien en ville qu'à l'hôpital.

Si j'observais les accidents qu'on signalait comme presque constants au début, je déclare que j'y renoncerais rapidement. On parle partout de céphalalgies extraordinaires, de vomissements persistants, etc... J'ai démontré avec Aubourg et Ravaut, sans contestation possible (*Congrès de Chirurgie*, 1901) que ces accidents post-anesthésiques étaient dus à l'eau dans laquelle on fait dissoudre la cocaïne. En injectant de l'eau pure stérilisée, c'est-à-dire en faisant, si je puis dire, une rachicocaïnisation à la Tuffier, *sans cocaïne*, j'ai eu des réactions formidables, 40°5, céphalalgie, vomissements, etc... En sorte que pour éviter ces incidents je n'ai pas cherché par des moyens accessoires (antipyrine, digitale, alcool, lien cervical, etc...) à les atténuer ; j'ai purement et simplement supprimé l'eau de l'injection.

Dans ma communication au dernier Congrès, j'avais proposé de concentrer la dose de cocaïne à injecter dans 4 ou 5 gouttes d'eau, et je disais que j'avais par cet artifice supprimé les suites fâcheuses de l'anesthésie. J'en use encore ainsi, mais j'ai modifié notablement la technique et je crois être arrivé à une précision et à une simplicité qui seront difficilement dépassées.

Dans ma technique déjà perfectionnée, je recueillais soixante gouttes de liquide céphalo-rachidien dans un godet ; je laissais tomber dans ce liquide, avec un compte-gouttes calibré à 1 milimètre, 4 ou 5 gouttes de la solution concentrée de cocaïne ; j'aspirais ce mélange dans une seringue et je le réinjectais dans le canal arachnoïdo-pie-mérien.

On avait qualifié ces manœuvres, de « cuisine compliquée ». Mais en somme cette complication n'était rien à côté des accidents qu'elle permettait d'éviter.

Aujourd'hui, sans changer de principe, j'ai modifié l'instrumentation et j'ai pu supprimer le compte-gouttes et le godet stérilisé. Cela est appréciable, car le compte-gouttes surtout prêtait à de l'imprécision : il est difficile d'avoir des compte-gouttes dont les gouttes soient toutes pareilles comme poids ou volume : de plus, pendant la stérilisation, les parois des compte-gouttes se couvrent de buée, et il s'ajoute une quantité variable, mais très notable d'eau à la solution concentrée de cocaïne, qui devient de ce fait plus étendue. De là une certaine incertitude dans les résultats. Comme on va le voir, j'ai pu parer à tous ces inconvénients.

Je me sers d'ampoules scellées contenant chacune une solution concentrée de cocaïne dont je donnerai incessament la formule telle que l'a combinée très savamment M. Ravaut. Je sais très exactement la dose de cocaïne contenue dans chaque ampoule. Il s'agit de faire passer cette solution de l'ampoule dans le canal rachidien après l'avoir diluée dans 3 cc. de liquide céphalo-rachidien.

J'ai fait construire par M. Collin, sur les indications ingénieuses du Dr Danet, une seringue qui ne diffère de la seringue ordinaire que par la présence d'un petit entonnoir en forme de coupe à champagne, soudé à l'extrémité inférieure de l'instrument. On ouvre l'ampoule au-dessus de cet entonnoir, qui reçoit le liquide, et je l'aspire dans la seringue où j'en garde le nombre de gouttes voulu en les comptant sur les divisions de la tige du piston. Adaptant alors la seringue sur l'aiguille introduite dans le sac sous-arachnoïdien, j'aspire lentement le liquide céphalo-rachidien qui se mélange avec la solution de cocaïne dans la seringue même, et lorsque la seringue est pleine je refoule le mélange dans le canal sous-arachnoïdien. Pendant toutes ces manœuvres, la pulpe de l'index gauche oblitère l'orifice de la capsule surajoutée à la seringue. Comme on le voit, le liquide céphalo-rachidien sert de véhicule principal à la dilution de la cocaïne et il est réinjecté dans les meilleures conditions possibles, sans avoir été exposé a l'air, avec sa température normale, et après n'avoir pris contact qu'avec les parois stérilisées de la seringue.

Pour tous ceux qui m'ont vu opérer suivant cette technique, rien ne peut être plus simple, plus propre, et je dirai même plus élégant. Tout cela se passe en quelques secondes, en beaucoup moins de temps qu'il n'en faut pour en écrire ou en lire la description.

Au début je faisais, comme tout le monde, la ponction sur la ligne bi-iliaque, en enfonçant l'aiguille à un travers de doigt en dehors de la ligne des apophyses épineuses. Mais en examinant attentivement une colonne vertébral sur le squelette, on s'aperçoit que c'est sur la ligne médiane que l'orifice intervertébral offre son maximum d'ouverture. Aussi actuellement, je ponctionne aussi exactement que possible sur la ligne médiane. Je mets l'index gauche sur l'apophyse épineuse qui correspond à la ligne bi-iliaque et

j'enfonce l'aiguille tout juste au-dessous. Un jet de chloréthyle anesthésie la peau au préalable pour éviter le mouvement de défense instinctif qui redresse la colonne dorsale quand on opère sans anesthésie locale. En piquant ainsi sur la ligne médiane, on arrive très aisément dans le sac : l'aiguille traverse non plus comme latéralement une masse musculaire mollasse, mais un tissu fibreux dense et ferme, et lorsqu'elle arrive dans le sac, on sent un défaut de résistance d'autant plus marqué que la pointe quitte un tissu plus serré et plus compact : on est ainsi averti qu'on est en bonne place et il ne m'arrive plus que bien rarement de ne pas voir le liquide céphalo-rachidien sourdre au dehors quand j'enlève le fil d'argent mandrin. Mes internes Gadaud et Aubourg ponctionnent comme moi sur la ligne médiane, et nous sommes très satisfaits de ce petit procédé. Je ne saurais trop conseiller de l'employer dans tous les cas, sauf peut-être s'il s'agit d'un vieillard et si l'on craint une calcification des ligaments interépineux.

Je donne habituellement au malade, la position assise, les jambes pendantes, le dos voûté; mais si le malade ne peut s'asseoir, je le place sur le côté en chien de fusil et la ponction se fait de même très aisément sur la ligne médiane en prenant comme repère l'apophyse épineuse qui correspond à la ligne bi-iliaque.

En suivant pas à pas cette technique très simple, très précise, très sûre, on aura les résultats excellents que je ne cesse d'observer. Le seul inconvénient que je reconnaisse à la méthode en général, c'est qu'environ une fois sur vingt, sans qu'on sache pourquoi, alors que tout s'est passé correctement, on n'obtient aucune anesthésie et il faut en venir à l'usage du chloroforme. En pareil cas on est surpris de voir qu'il suffit d'une dose très minime de chloroforme pour avoir la résolution complète.

J'ajoute en terminant qu'il faut dans tous les cas laisser les rachicocaïnisés couchés pendant trois jours et sous aucun prétexte on ne leur permettra de marcher après l'opération.

Quand on les laisse se lever plus tôt, il n'est pas rare d'observer quelques étourdissements qui disparaissent dans la station horizontale. Et d'ailleurs, les accidents les plus sérieux qu'on a cités, sont survenus chez des opérés qu'on avait laissé aller à pied chez eux après l'intervention.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU PIED BOT

Par le Dr Auguste BENOIT

Ancien Assistant de chirurgie des hôpitaux.

J'ai suivi avec intérêt les travaux qui ont paru concernant le traitement orthopédique et chirurgical des pieds bots, depuis que le 20e Congrès français de chirurgie s'est occupé de cette importante question de pratique journalière. Après avoir vu les progrès réalisés par les méthodes conservatrices en orthopédie infantile, aussi bien que chez les adolescents, on est frappé de voir l'audace de certains chirurgiens croître sans mesure et quelques-uns d'entre eux préconiser les plus larges excisions tarsiennes, véritables désossements du pied, là où l'action chirurgicale pourrait être volontiers plus parcimonieuse. Point n'est besoin de démontrer que ces sortes de délabrements par lesquels on prétend rétablir surtout *la forme*, sinon la fonction, sont admirablement supportés par l'organisme, grâce à la chirurgie aseptique. L'exemple des cures merveilleuses obtenues dans les grands traumatismes du pied y suffit amplement. Ces inutiles hardiesses n'aboutissent le plus souvent qu'à de médiocres résultats et j'ai pu m'assurer qu'il est possible de faire mieux à moins de frais. Dans deux cas de ma pratique concernant des sujets ayant passé quinze ans, j'aurais eu recours d'emblée aux plus larges ablations tarsiennes si j'avais suivi les idées qui ont cours généralement. Or j'ai pu me convaincre de leur mal fondé dans certains cas et je suis d'avis qu'il faut d'autant plus les combattre, que l'autorité de ceux qui les émettent paraît indiscutable. Chez deux sujets auxquels on eût généralement refusé le bénéfice d'un traitement conservateur, en raison de l'âge et de la résistance de la difformité, j'ai appliqué le redressement forcé en une et en plusieurs séances, et si, morphologiquement, le résultat n'est pas parfait, du moins la fonction a-t-elle été fort convenablement rétablie. C'est ce qui m'a engagé à faire une étude critique de cette question, en me tenant à ses aspects cliniques.

Malgré notre désir de synthétiser, je crois absolument impossible de classer par catégories les indications opératoires et la thérapeutique particulière des pieds-bots, quelle que soit leur origine. Nous disposons de *méthodes conservatrices*, comprenant les manœuvres de force les plus variées, et de *méthodes sanglantes*. Souvent aussi le redressement ne peut être obtenu sans le concours du bistouri et ces *méthodes mixtes* rendent journellement service aux opérateurs. Ce qu'il faut avant tout, c'est se livrer à une étude approfondie de chaque cas particulier qui nous est soumis. Nous devons, avec le plus grand soin, et après examens répétés, si cela est nécessaire, chercher à fixer les conditions pathogéniques de la déformation, le degré des lésions d'après leur ancienneté, leur plus ou moins grande irréductibilité à l'examen direct. Ce n'est que muni de tous ces renseignements indispensables que nous pouvons nous prononcer pour un traitement, de préférence à tel autre. En faisant choix d'une thérapeutique adéquate à chaque cas, nous ne pouvons également nous dispenser de tenir compte du milieu social,

de la possibilité pour le malade de suivre un traitement prolongé. Car il ne faut pas l'oublier, on a pu dire avec raison que le véritable traitement du pied-bot grave commence après que le chirurgien a terminé son œuvre.

Nous ne pouvons, écrivant pour ceux que préoccupe la seule pratique courante, nous appesantir sur les notions pathogéniques et l'anatomie pathologique du pied bot. Il semble que les lésions musculaires, elles-mêmes engendrées par des altérations de la moelle et des nerfs, soient les premières en date; les altérations osseuses sont nettement secondaires, comme nous le verrons plus loin. Mais il est quantité de variétés individuelles qui font que tel pied-bot, pourtant âgé, demeurera souple et malléable, tandis qu'un autre, d'origine plus récente, sera beaucoup plus irréductible et présentera à la main la plus grande résistance. Aussi, le chirurgien doit-il, tout d'abord savoir : s'il a affaire à un *pied bot* mou ou à un pied bot *osseux* ou *ostéo-fibreux*. Nous verrons comment on y parvient aujourd'hui plus aisément.

Comme il n'est guère possible d'agir efficacement sur les déplacements qui constituent le pied bot, sans bien connaître le sens habituel des déplacements osseux, nous les rappellerons en peu de mots. Ces lésions ont été étudiées sur des pieds bots invétérés d'adultes ou d'enfants ayant marché, c'est-à-dire dans les cas extrêmes où les lésions ostéo-fibreuses prédominent, masquant les déplacements primitifs. Nous trouvons par contre la relation de l'autopsie d'un double pied bot varus equin chez un fœtus de 8 mois (1), où les lésions en miniature ont été prises sur le fait. D'autres descriptions de ce genre sont dues à Bouvier (2), à Gross (3). On y trouve les *tendons musculaires* anormalement déviés; le tendon d'Achille, les deux jambiers, le court adducteur du gros orteil se tendent fortement, lorsqu'on veut réduire de force. *L'aponévrose plantaire*, fait inattendu, est déjà rétractée en dedans et vient aider à la résistance. Du côté des os, la *malléole tibiale*, à peine formée, présente une mince surface d'articulation avec l'astragale; en revanche, à son sommet, il y a une facette d'articulation avec le scaphoïde assez prononcée.

La *malléole péronière* est sur un plan postérieur à la précédente. L'*astragale*, suivant le calcaneum, remorqué lui-même par le tendon d'Achille, a basculé en avant, dégageant de la mortaise tibio-péronière toute la partie antérieure de sa surface articulaire. Il y a déjà un rudiment de *cale prépéronière* sur son bord externe, ainsi que l'a décrit Ch. Nélaton chez l'adulte. Partant, le col semble décrire une courbe à *concavité interne*, d'où son bord externe paraît allongé et convexe. Le *scaphoïde* et le *cuboïde* sont normaux, sauf les facettes articulaires anormales signalées, Le *calcanéum* a exécuté la bascule habituelle sur sa face externe.

Ainsi donc, chez les fœtus, comme chez l'enfant et l'adolescent, les lésions osseuses sont précoces. L'*astragale* est l'os le plus atteint; l'axe du col de cet os est dévié en dedans, car la surface d'articulation avec le scaphoïde est dirigée non pas en avant, mais *en dedans*. Cette déviation du col n'est pas réelle ; le Pr Farabeuf a montré, par la recherche du point osseux de cet os, que son axe est demeuré rectiligne. Il s'agit de modelage par le scaphoïde subluxé en dedans du bord interne du col astragalien. D'où le col semble raccourci en dedans et concave dans le même sens, tandis qu'il est convexe en dehors.

(1) Fernand Monod et J. Vanverts, *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 18 oct. 1896
(2) Bonnier, *Bull. Ac. Med.* 1837.
(3) Grosse. *Thèse d'Adam*, Nancy 1890

On rencontrera donc des résistances à la réduction, du fait de ces déformations osseuses précoces. Mais, nous le savons, ces os sont cartilagineux et élastiques, susceptibles par conséquent de suivre une impulsion nouvelle, sans qu'on ait à s'attaquer à eux directement. Enfin, il n'est pas absolument démontré par un cas unique, que les choses soient toujours aussi avancées, du côté du squelette, sauf pourtant les déformations de l'astragale, qui sont partout signalées. Une grande part revient à la contracture ou à la paralysie de certains muscles, en particulier les jambiers, le triceps et l'extenseur commun des orteils. D'ailleurs, l'examen de la moelle chez les fœtus, a montré qu'il existe des altérations importantes (Monod et Vanverts, *loco citato*).

Suivons maintenant la marche des lésions chez l'enfant qui naît avec un pied bot et qui commence à marcher. Nous la trouvons bien décrite dans une excellente étude que M. Marlier (1) en a faite. « Quand l'enfant commence à marcher, le poids du corps n'est plus transmis directement à l'astragale, chargé de le répartir entre les deux piliers antérieurs (têtes des premiers et cinquième métatarsiens) et le pilier postérieur (tubérosité inférieure du calcanéum) de la voûte; le pied ne prend plus contact avec le sol que par son bord externe, il s'enroule peu à peu sur lui-même, de telle sorte que sa face plantaire regarde en dedans, et son bord interne en haut. Ainsi se trouve progressivement constitué, sous l'influence de la marche, le pied bot invétéré de l'adolescent ou de l'adulte... En d'autres termes, les altérations du tarse sont les mêmes que chez l'enfant avant la marche, avec cette différence en plus, que l'ossification ayant surpris des os déformés et déviés leur a imprimé des modifications pathologiques permanentes. »

Nous en avons assez dit; c'est sur l'astragale, clef de voûte du pied, que se concentre le maximum des déformations osseuses. L'articulation *médio-tarsienne*, par suite, est luxée tout d'une pièce, le scaphoïde entraînant le cuboïde qui fait corps avec lui par les fibres du ligament en Y. Or, on le sait, ces deux os commandent respectivement les deux bords interne et externe du pied. L'enroulement total qui aboutit au *pied creux* s'achève ensuite par la rétraction des ligaments normaux. Cette description vise surtout le pied bot congénital habituel, le varus équin. Or, l'*équinisme*, nous dit M. Forgue, dans son rapport au 10e Congrès de Chirurgie. est le fait de l'articulation tibio-tarsienne; le varus, des médio-tarsiennes.

Le Pr Farabeuf a, de son côté, par les dissections cadavériques, étudié et décrit par le menu les différents glissements que nous venons de résumer. Ses descriptions, pour claires qu'elles soient, ne sauraient être comprises que lorsqu'on tient en main le squelette du pied. Nous y sommes loin des conditions de la pratique et, de cette étude approfondie ; vu l'impossibilité, en réduisant d'agir à travers les parties molles comme sur les os à nu, pour chercher une restitution exacte de leurs rapports normaux, il ne reste, en somme, que les notions suivantes à retenir : on doit s'efforcer : 1° de refouler le calcanéum en portant en dehors son apophyse cuboïdienne et en le faisant reculer sous le plan de l'astragale ; 2° fléchir l'articulation médio-tarsienne, c'est-à-dire repousser en dehors le scaphoïde en le faisant glisser sur la surface condylienne de l'astragale et le cuboïde sur la trochlée du calcanéum ; 3° faire tourner l'astragale dans la mortaise, de façon à le reculer vers la malléole péronière et à le faire avancer au devant de la malléole tibiale.

Passons à l'application méthodique de ces principes, c'est-à-dire au traitement direct de la difformité. Chez l'enfant, comme chez l'adulte, après s'être assuré qu'on n'a pas

(1 *Bulletin médical des Vosges*, Janvier 1896.

affaire à un pied bot invétéré irréductible, j'ai acquis la certitude qu'on peut tout espérer d'un redressement forcé plus ou moins persévérant.

Il ne s'agit pas de massage seulement, ni de massage forcé, suivant l'expression défectueuse de Delore, tout massage supposant au contraire l'exclusion de toute violence. C'est un redressement forcé qu'il faut toujours commencer par entamer, en une ou plusieurs séances sous l'anesthésie, avant de s'adresser aux procédés sanglants, que nous réserverons aux cas intraitables par ces moyens. C'est dire que chez les tout jeunes enfants et chez bon nombre d'adolescents, on devra s'en tenir exclusivement à cette thérapeutique.

Le redressement doit toujours, à notre avis, être pratiqué *à la main*. Les machines imaginées par les anciens chirurgiens sont aussi inutiles que dangereuses ; on s'étonne de voir figurer dans leur nomenclature, le nom de Trélat (1). Le tarsoclaste cherche à venir à bout des obstacles par une manœuvre aussi aveugle que brutale, justement tombée en désuétude. Le chirurgien, en soupesant le pied déformé qu'il examine, se rend parfaitement compte de l'effort qu'il aura à déployer. Comme l'a fort bien dit Farabeuf, c'est à la main et non à l'œil que se juge un pied bot récent. Il eût été préférable de dire un pied bot réductible, car nous savons que des pieds bots anciens peuvent demeurer souples.

L'effort a déployer varie, depuis la simple flexion de la main, qui suffit chez le fœtus, jusqu'à l'emploi de toute la force dont on dispose. Mais on a du moins l'avantage de mesurer celle-ci à l'effet produit et de faire porter l'effort sur les points reconnus anormalement déviés.

A quel moment faut-il commencer le redressement du pied-bot chez le nouveau-né ? Faut-il que, suivant le conseil de Sayre, le médecin présent à l'accouchement le commence avant de sortir de la maison ? Cela paraît quelque peu prématuré, car de deux choses l'une : ou bien le pied bot est irréductible, malgré son jeune âge, et il faudra attendre quelques mois que l'enfant soit assez robuste pour supporter l'anesthésie, grâce à laquelle on lui remettra son pied en bonne attitude. Ou bien la difformité se laisse réduire assez aisément et l'on est sûr d'en venir à bout en l'entreprenant au bout de *deux ou trois semaines*.

Ici, le chirurgien se borne à dérouler le pied et à le fléchir de force, en même temps qu'il pratique sur les muscles des *massages* adjuvants appropriés. Ces manœuvres, répétées plusieurs fois par jour par les parents, qui se conforment aux indications qu'on leur donne, permettent d'obtenir la cure, à la condition qu'après chaque séance, le membre soit placé dans une gouttière qui l'immobilise, ou dans une guêtre de cuir bien faite. Si ces manœuvres progressives tardent à produire un bon résultat, faut-il s'empresser de faire la ténotomie du tendon d'Achille ou des ténotomies diverses, à la suite desquelles on emprisonnera le pied de l'enfant dans une botte faite de bandes plâtrées? Sans doute, c'est là ce qu'il y a de mieux à faire à la campagne, où les parents ne sont pas volontiers les auxiliaires du médecin, où les distances privent ce dernier des moyens de surveiller la cure lente et progressive. L'impatience des familles, en pareille occurence, ouvre la porte aux interventions des rebouteurs et le médecin est facilement accusé d'incapacité, s'il n'obtient un résultat rapide et appréciable à l'œil. On se conduira tout différemment dans des conditions opposées. Il n'est pas indifférent en effet de sectionner des tendons musculaires dont l'action ne se rétablira que très imparfaitement, créant des impotences définitives très regrettables. Le massage, méthodiquement pratiqué, peut permettre d'obtenir l'allongement des tendons comme il réalise celui des cicatrices ;

(1) *Bull. de la Soc. chir.*, 20 nov. 1882.

d'autre part, comme l'électricité pourra restituer aux muscles antagonistes paralysés, une partie de leur tonicité, s'ils ne sont irrémédiablement dégénérés, on évitera ainsi, après correction du varus ou du valgus, la production de déviations inverses qui ne peuvent qu'entraver la fonction du membre.

Supposons maintenant que nous ayons affaire à des pieds bots d'enfants ou d'adolescents auxquels ce redressement forcé soit encore applicable. De quelles précautions faudra-t-il nous entourer; comment devons-nous nous y prendre pour obtenir le but cherché? Je prendrai ici comme exemple l'un des cas que j'ai eu à traiter depuis trois ans. Il s'agissait d'un enfant de 15 ans, jeune campagnard qui s'était mis à traîner la jambe, dans la convalescence de la *fièvre scarlatine*, et avait vu ce trouble d'abord léger, aboutir plusieurs mois plus tard à un pied bot simple équin en varus léger. Je prévins la famille que l'opération manuelle que j'allais tenter pourrait ne pas suffire, et cette manière de faire me paraît de beaucoup la plus recommandable. Je soumis ensuite le pied à l'examen par les rayons X, le plaçant sous différents angles sur l'écran fluorescent. Je vis très nettement la saillie normale que faisait l'astragale en avant de la mortaise en grande partie déshabitée; la luxation du scaphoïde, quoique moins apparente, était pourtant manifeste dans le recul qu'offrait le pied en position antéro-postérieure par rapport à l'écran. Cet *emploi des rayons de Rœtngen*, que je n'avais pas encore vu signalé, me semble destiné à rendre beaucoup de services dans ce genre de manipulations, à l'encontre de ce qui se passe pour certains corps étrangers de petit volume, où l'on peut être assez gravement induit en erreur.

Le profil des os s'accuse nettement, et, si les différents plans se confondent parfois, du moins on se rend suffisamment compte des points où devront porter les pressions maxima pour obtenir la réduction. Je fis un redressement complet en une seule séance; j'obtins la disparition de la *supination* du pied, et par la suite, mon opéré, qui avait été soigneusement immobilisé dans un appareil plâtré à étrier et attelle postérieure semblable à celle de la fracture de jambe, se mit à marcher sur la plante. Le résultat n'était pourtant pas ce qu'on eût pu souhaiter de mieux au point de vue de la restitution des rapports normaux. En effet, je pus constater à l'écran que j'avais obtenu une réduction en masse et que l'astragale continuait à former une saillie assez accusée en avant, toujours visible à l'œil sur le dos du pied. Le bon résultat s'est pourtant maintenu et je doute qu'il eût été meilleur si j'avais joint au redressement du pied la tarséctomie astragalienne.

Mais le redressement peut être obtenu plus simplement dans des cas où les obstacles osseux sont moins accusés et, voici en tout cas les règles auxquelles il est d'usage de se conformer aujourd'hui : le chirurgien aura à corriger tout d'abord l'enroulement du bord interne, quand c'est un varus, c'est-à-dire à faire disparaître l'angle que forme l'avant-pied avec l'arrière-pied. Ensuite, il faudra dérouler le creux de la plante du pied. En dernier lieu, fléchir l'articulation tibio-tarsienne, c'est-à-dire traiter l'équinisme. Suivant le conseil de M. Forgue, on doit se garder d'agir sur l'équinisme avant d'avoir fait disparaître les déviations du pied lui-même. Ce serait, en effet, se priver d'un point d'appui postérieur très utile, l'arrière-tarse faisant corps avec la jambe. L'anesthésie s'impose pour la première séance, qui suffit dans beaucoup de cas, au redressement complet; on peut se dispenser de l'employer dans les séances consécutives. On fait saillir en dehors d'un lit ou d'une table l'extrémité inférieure de la jambe. Nous goûtons moins le conseil que donne l'auteur sus-cité, de fixer soi-même la jambe avec la main de même côté, l'autre main ayant ainsi l'éminence thénar sous le bord interne du pied à redresser. Faites de préférence tenir et fixer solidement la jambe par un aide. Vous n'aurez souvent pas trop de vos deux mains pour pousser le pied dans le sens où

doit s'opérer le redressement. On fait d'abord des pesées successives, avec quelques temps de repos. L'angle du bord interne se laisse vaincre assez aisément. Il n'en est pas de même des entraves plantaires. On sent les ligaments se rompre. On achève plus facilement lorsqu'un aide peut faire de la contre-pression sur la tête de l'astragale. Il faut bien savoir que ces divers temps peuvent occuper *une demi-heure*; au bout de ce temps, on obtient un résultat qu'on aurait vainement cherché en agissant plus rapidement. On n'oubliera pas, dans ce premier temps, en achevant l'abduction du pied, de tirer en quelque sorte le calcanéum sous l'astragale, pour le faire remonter en arrière et de pousser sa face externe en haut et en dedans, pour le redresser.

Il reste à vaincre l'équinisme tibio-tarsien. On fléchit de force le pied sur la jambe, en employant aussi le temps voulu et l'on ne s'aidera de la section sous-cutanée ou à ciel ouvert du tendon d'Achille, que si celui-ci apporte par sa rétraction un obstacle invincible à la flexion. On sera instruit de cette impossibilité lorsqu'on verra se produire un angle anormal dans la jointure médio-tarsienne. Il ne faut pas s'effrayer de la douleur que manifestent surtout les petits malades dans la nuit consécutive à ces manœuvres. L'insomnie et les troubles de l'alimentation sont passagers. L'immobilisation plâtrée ne tarde pas à amener une sédation complète de tous les symptômes alarmants.

L'appareil de contention le plus commode me semble bien être *l'attelle postérieure*, embrassant le talon en arrière et remontant jusqu'au milieu de la cuisse, consolidée par une *bande en étrier*. Il est inutile de mettre de l'ouate, sauf sous le talon; ainsi qu'il est d'usage dans les fractures; les plaies seront recouvertes de gaze iodoformée, s'il est survenu quelque éclatement de la peau, ou si l'on a dû faire la ténétomie du tendon d'Achille. Une bande de mousseline plâtrée peut aussi bien convenir. Il est assez généralement recommandé de bien fermer l'appareil par en haut, pour éviter que l'urine ne souille la peau à l'intérieur, et même de vernir extérieurement le plâtre. Pendant la dessiccation, on maintient soigneusement le pied en hypercorrection légère, c'est-à-dire le plus souvent en *abduction*, *talus* et *valgus*.

Il nous reste quelques mots à dire des *méthodes sanglantes* auxquelles on aura recours, soit d'emblée, lorsqu'il le faut, soit après échec des méthodes précédentes.

La plus justement répandue est l'incision de Phelps, qui sectionne sur le bord interne du pied, au niveau de l'angle de flexion, toutes les parties molles qui, par leur rétraction, s'opposent à la déflexion du pied. Cette opération gagnerait à être employée avec plus de discernement; rien n'empêche le chirurgien, en insinuant son ténotome, dans les diverses couches de la face interne et palmaire du pied, de sectionner les obstacles réellement invincibles, en épargnant les vaisseaux de la région ou le tissu musculaire susceptible d'être régénéré. Nous voyons en effet les chirurgiens américains eux-mêmes, qui sont des adeptes fervents de cette intervention, se plaindre du gonflement persistant que l'on observe au pied opéré par le Phelps (1). Ils attribuent cet effet au grand nombre de sections vasculaires que cette opération entraîne.

Ensuite toute ténotomie devrait être précédée de l'étude électrique des muscles de la jambe; il ne paraît pas indifférent de savoir si un muscle que l'on se propose de sectionner, présente ou non la *réaction de dégénérescence*. Restent les *tarsectomies* pour remédier aux pieds bots à lésions osseuses accentuées. Ces sacrifices osseux portent généralement sur le *tarse postérieur*. La technique opératoire est fort simple; après avoir mis à jour l'astragale par une incision courbe au dos du pied, les tendons étant rétractés et le périoste décollé, on retranche de cet os tout ce qui peut faire obstacle à

(1) Daniel. La Ferté (*The Med. Age*, janvier 10, 1898).

la réduction, notamment le *cal externe* dont nous avons fait mention. Il est illogique et toujours inutile de dépasser le but, et, en faisant l'ablation de l'astragale entier, de priver le pied d'une partie de squelette qui n'a intrinsèquement subi aucune altération. Souvent, il faudra aller plus loin et, à l'astragalectomie partielle joindre l'ablation de plusieurs des os du tarse. Mais c'est ici que de ridicules abus ont été récemment commis. On s'arrête lorsque la plante du pied regarde bien en bas et lorsque l'équinisme a totalement disparu.

Nous recommandons, pour ce genre d'ablation d'aller de proche en proche, avec une pince coupante à l'emporte-pièce, modèle Péan. Ce travail est quelque peu laborieux, puisqu'il faut morceler, au lieu d'énucléer, mais on est sûr, en l'employant, de s'arrêter aussitôt que les vides réalisés ont permis de redresser le pied. Le pansement se fait à ciel ouvert, en diminuant l'étendue de la plaie par quelques sutures. Le premier soin du chirurgien, une fois la tarsectomie effectuée, sera, comme toujours, de fixer le pied en bonne position dans une botte plâtrée. Il n'y a pas d'ankylose à craindre, au niveau des articles qui supportent le poids du corps: des néarthroses se forment rapidement. Ce qu'il faut craindre, c'est d'obtenir des pieds mous et ballants, comme le dit M. L. Championnière, qui conseille de mobiliser aussitôt après l'intervention des pieds exagérément raccourcis, remplaçant une difformité par une autre, sans pour cela que la marche soit meilleure qu'avec des procédés moins inutilement larges. On peut d'ailleurs, après trois semaines d'immobilisation, laisser marcher les malades librement avec des bottes de mousseline ouatée ou silicatée.

Dans les *pieds bots acquis*, presque tous, comme on sait, *des pieds bots paralytiques*, il peut être rationnel, lorsque le mouvement est sérieusement contrarié par la destruction de certains muscles, de faire la *greffe musculaire ou tendineuse*, suivant la pratique conseillée par MM. Péraire et Mally (1). Ces interventions, à la fois très simples et très remarquables dans leurs résultats, sont venues compléter très heureusement la cure des pieds bots.

Lorsque les opérés commencent à marcher sans appareils, il est bon de faire insinuer dans la partie de la semelle placée en dehors pour les *varus*, en dedans pour les *valgus*, des lames de métal, destinées à emboîter le bord correspondant du pied et à prévenir toute tendance à la récidive.

Nous aurons terminé, lorsque nous aurons appelé l'attention de nos confrères sur ce fait que l'antiseptie la plus rigoureuse est en pareille matière la condition *sine qua non* de l'innocuité remarquable de ces interventions et que toute faute sérieuse risquerait de compromettre la réputation du chirurgien. Mais cette condition peut être réalisée presque partout. Quant aux instruments indispensables, ils se résument en ceci: un ostéotome n° 2 de Mac-Ewen, un marteau, une bande d'Esmarch, un bistouri, quelques pinces, une ou deux pinces emporte-pièce modèle Péan.

---

(1) *Médecine Moderne*, n° 69 (1893).

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 28 mai 1902

Présidence de M. Sevestre

M. Faure communique une note intitulée : *La rééducation motrice*.

Il y a deux conditions à l'accomplissement d'une fonction motrice (marche, course, préhension, écriture) :

1° La conservation de l'appareil moteur (squelette, articulation, muscles) :

2° L'intégrité du système nerveux qui détient l'énergie et la mémoire du mouvement.

La suppression de la fonction motrice (paralysie) ou la perturbation de cette fonction (parésie, incoordination, spasme), peuvent donc résulter, soit de l'altération de l'appareil moteur, soit de celle du système nerveux. Si l'altération réside dans l'appareil moteur, (squelette et muscles), la réparation de la fonction est demandée aux appareils prothétiques. au massage, à l'électrothérapie et à la gymnastique. Le but poursuivi est alors de maintenir la mobilité, la contractilité, dans les muscles malades, de compenser la destruction du squelette, d'apprendre à se servir de muscles voisins, d'appareils nouveaux, etc.

Si l'altération réside dans le système nerveux, c'est la mémoire, la coordination du mouvement, l'énergie motrice qui ont disparu et ce sont elles qu'il faut rappeler. Pour cela, une éducation nouvelle spécialise de nouvelles régions du système nerveux, de la même manière qu'antérieurement une première éducation avait consacré un centre nerveux à une fonction motrice déterminée.

En effet, tout acte moteur est appris : les sports, les exercices militaires et gymastiques par les aduttes, la marche, la natation, l'écriture par les enfants. Tout acte moteur peut aussi être réappris, en principes, lorsque le centre nerveux qui s'y était spécialisé est détruit, parce qu'un centre nouveau se spécialise : c'est la Rééducation motrice.

L'École de la Salpétrière s'est attachée à la poursuite des résultats thérapeutiques que l'on peut tirer de ces principes généraux, et la Rééducation appliquée aux hémiplégiques, aux paraplégiques, aux paralytiques flasques, aux incoordonnés, aux tiqueurs, et *surtout aux ataxiques*, a donné des résultats très remarquables. Ainsi, chez certains ataxiques, la restitution *ad integrum* des fonctions

motrices a pu être rétablie, après un traitement attentif et journalier, prolongé durant quelques mois.

La Rééducation a donc pour objet de rendre les fonctions motrices aux malades qui les ont perdues par le fait d'une lésion du système neuro-moteur, quand cette lésion n'a pas détruit de trop grands territoires, et qu'elle n'est pas le fait d'une maladie progressive compromettant, définitivement et de plus en plus, l'état général.

M. Crésantignes présente un *inhalateur à réservoir d'air* pour l'anesthésie aux bromure et chlorure d'éthyle. On sait que l'éther et le chloroforme ne sont guère indiqués que pour des opérations importantes, et qu'ils ont quelques inconvénients sur lesquels il est inutile d'insister. Le bromure et le chlorure d'éthyle qui sembleraient devoir les remplacer dans nombre de cas à cause du peu de durée de leur action sur l'économie, sont cependant peu employés.

Ce fait a lieu d'étonner, mais il ne faut pas oublier que l'emploi d'anesthésiques s'évaporant à basse température présente des inconvénients dont le principal est la défense du sujet au début de l'anesthésie et la possibilité de la production de phénomènes d'excitation parfois fort violents. L'appareil de l'orateur est destiné à obvier à ces inconvénients.

L'anesthésie par les bromure et chlorure d'éthyle exige, pour être efficace, que leurs vapeurs soient mélangées à *une quantité d'air minima et respirées à doses massives*. Arrive-t-on, avec les dispositifs actuels, à un résultat satisfaisant sous ce rapport ? Non : avec le masque à armature métallique, l'air passe trop librement, la propagation des vapeurs diminue trop vite, d'où anesthésie lente, fugitive, irrégulière.

Avec le mouchoir contenant entre ses plis un morceau de taffetas on n'encourt plus le même reproche. Mais le sujet dont le nez et la bouche sont emprisonnés dans un espace trop étroit n'arrive pas à gonfler ses poumons d'une quantité d'air normale à chaque inspiration, malgré tous ses efforts : l'expiration est de même défectueuse. Il en résulte une angoisse véritable, une sensation d'asphyxie qui fait lutter le sujet contre l'obstacle.

Avec l'appareil de l'auteur, le malade respire dans un cornet imperméable communiquant à son extrémité avec une vessie contenant à peu près 3/4 de litre d'air. On commence par apprendre au malade à respirer dans l'appareil non chargé d'anesthésique, ce qui vide et remplit alternativement la vessie. Ceci fait on projette dans le fond du cornet la quantité nécessaire d'anesthésique (15 cc. de bromure, 10 cc. de chlorure d'éthyle), puis on réapplique rapidement le cornet. De cette façon le patient respire suivant le rythme normal, et ne se débat pas. En outre, la dose massive arrive largement dans les poumons, sans déperdition notable.

En général, 5 à 10 inspirations suffisent pour obtenir l'anesthésie qu'on reconnaît à ce que, en soulevant le bras, il retombe ou reste en l'air comme dans l'état cataleptique. Au moment d'opérer on retire le masque. L'anesthésie dure de quelques secondes à une minute au plus.

Les résultats obtenus sont supérieurs à ceux que donnent les anciens dispositifs : la défense du début est évitée et il faut espérer que ce petit appareil contribuera à vulgariser l'emploi des anesthésiques sus-indiqués.

M. Blondel expose qu'il se sert de bromure d'éthyle comme prélude à la chloroformisation : les premiers instants de l'application de cet anesthésique sont pénibles et l'aspect du sujet peut inspirer des craintes à un débutant. L'appareil préconisé par l'orateur rendra de grands services.

M. Huchard fait une communication sur *le sérum de Trunecek*, dont on parle beaucoup en ce moment. et qui aurait pour action d'abaisser la tension artérielle. Or, rien n'est plus difficile que de mesurer cette tension avec les sphygmomanomètres jusqu'ici connus; le meilleur est encore mauvais. Le seul moyen de constater l'hypertension consiste dans l'auscultation cardiaque : si on entend à droite du sternum un retentissement diastolique, ce genre de lésion peut être affirmé. Un autre moyen est la constatation de l'existence d'un pouls stable. A l'état normal, un individu couché a 6 pulsations de moins que lorsqu'il est debout. Chez l'hypotendu, l'écart peut être de 10, 20 et même 30. Chez l'hypertendu, l'écart est de 2 au plus ou peut même se faire en sens inverse.

Les expériences de l'orateur lui font croire que l'action du sérum de Trunecek sur l'hypertension artérielle est une illusion thérapeutique, découlant de faits mal observés par des auteurs d'ailleurs de bonne foi.

M. Mathieu répond que des expériences sur ce sérum ont été faites dans son service et qu'elles ont donné des résultats intéressants. Les artérioscléreux ont accusé une amélioration subjective marquée; les vertiges, les sifflements dans les oreilles, les malaises, la dispnée ont disparus ou se sont notablement améliorés. Chose surprenante, l'acuité auditive s'est modifiée à l'insu de quelques malades : les surveillantes se sont aperçu que ceux-ci entendaient mieux, et l'examen otologique a confirmé l'existence de ces améliorations qui durent plusieurs semaines après la suppression des injections.

Quelle est la part de la suggestion dans ces résultats ? L'auteur aurait voulu que l'on expérimentat le sérum de telle façon que toute erreur fût exclue : par exemple, il aurait fallu que le médecin qui injectait le sérum reçût, à son insu, des liquides variés, pour qu'on puisse savoir si es résultats étaient bien dus à l'action spéciale du sérum.

M. Huchard demande si on a soumis les malades à d'autres médications ou au régime lacto-végétarien, en cours d'expérience ?

M. Mathieu réplique que suivant les cas, on a tantôt institué un régime, tantôt laissé les malades au régime ordinaire. En tout cas, les améliorations ont toujours été beaucoup plus marqués pendant qu'on donnait le sérum.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

Sérothérapie de la peste (*Thérapeutique Moderne russe*, n° 1, 1902). — On sait que la lymphe de Havkine, employée le plus souvent dans le traitement préventif et curatif de la peste, présente d'après un grand nombre d'observateurs trois inconvénients principaux : 1° réaction intense: 2° immunisation de courte durée ne dépassant pas deux à trois mois; 3° danger des injections chez les individus en période d'incubation.

En se basant sur ses observations personnelles, Kaschkodamoff émet des opinions différentes, à savoir :

1° La réaction déterminée par la lymphe de Havkine, à la condition que la lymphe ait toutes les qualités de propreté nécessaires et que la dose soit suffisante, est d'une façon générale tellement insignifiante qu'elle n'empêche nullement les individus injectés de vaquer à leurs occupations : les malades ne se plaignent que d'une légère douleur au point de la piqûre; la lymphe de Havkine est absolument inoffensive, mais à la condition de prendre toutes les précautions antiseptiques habituelles;

2° Deux injections à quinze jours d'intervalle donnent une immunité durant de quatre à six mois;

3° L'injection d'une culture même morte chez un individu déjà contaminé ne saurait être considérée comme tout à fait indifférente; il vaut donc mieux ne pas pratiquer ces injections.

Quant à la dose de la lymphe nécessaire pour une injection préventive, on peut dire qu'elle n'est pas constante, car elle dépend de la virulence de la culture. C'est pour cela qu'il faut préalablement l'expérimenter sur des animaux. Cette dose peut varier de 3 à 7 et même jusqu'à 10 cc. pour les adultes et de 0,50 à 2 et 3 cc pour les enfants.

Toutes les personnes habitant la même chambre que le malade doivent être immédiatement immunisées. Le sérum antipesteux à la dose de 10 à 20 cc. remplit ce but; ce sérum présente pourtant l'inconvénient de ne procurer l'immunité que pendant un laps de temps très court, variant de 10 à 14 jours. Cependant ce laps de temps est suffisant : le maximum de la période d'incubation dans la peste est évalué à 10 jours; il s'ensuit donc que si les personnes qui courent le danger d'être contaminées, ne présentent après avoir été séparées des malades et immédiatement inoculées, au bout de 10 jours, aucun symptôme d'infection, on sera en droit de les considérer comme bien portantes pour le moment, c'est-à-dire encore aptes à l'inoculation de la lymphe.

En ce qui concerne le traitement de la peste à proprement parler, il faut convenir que les résultats ne sont pas aussi brillants que ceux qu'ont donné les injections préventives. C'est là la raison essentielle du peu de confiance qu'on a dans la sérothérapie de la peste.

Cependant les résultats méritent d'attirer toute l'attention des médecins. Avant de formuler des conclusions sur l'action du sérum, il est indispensable de bien déterminer les conditions de son application. Dans l'immense majorité des cas, les malades amenés à l'hôpital se trouvent au troisième ou quatrième jour de leur maladie et plus de la moitié de ces malades succombent pendant les deux premiers jours qui suivent leur arrivée à l'hôpital. Si l'on tient compte de la rapidité avec laquelle évolue la peste (quatre à six jours) on comprendra combien peu favorables à la guérison sont les conditions dans lesquelles se trouvent ces malades. Et pourtant la statistique hospitalière indique une diminution de la mortalité de 12 à 15 0/0. C'est là un résultat qui est loin d'être négligeable.

On peut affirmer sans crainte que si l'on pouvait avoir à soigner des malades atteints depuis quelques heures, on obtiendrait une diminution minima de 30 0/0, en d'autres termes on réduirait la mortalité dans les épidémies de gravité moyenne à 30 — 45 0/0.

Kaschkodamoff estime que pour arriver à ces résultats il faut :

1° Pratiquer une injection dès la première visite à des malades simplement suspects;

2° Injecter la première fois au moins 50 cc. pour l'adulte et 15 à 20 cc. pour l'enfant.

3° Surveiller rigoureusement la marche de la température et continuer les injections à la même dose jusqu'à sa chute définitive à la normale.

C'est dans ces conditions, qu'on pourra obtenir des résultats favorables par le sérum.

J. Roubleff.

Serothérapie du cancer (*Medicinskoie Obosrenie*, n° 2, 1902). — Vlaieff continue dans les journaux russes la publication de ses recherches dont les premiers résultats ont été publiés dans nos journaux et revues médicaux. Il rapporte 4 nouveaux cas.

Un malade, atteint d'une grave récidive de cancer a reçu en l'espace de deux semaines quatre injections. Résultat : disparition des douleurs, retour du sommeil.

Dans un autre cas on a constaté à la suite de la première injection, un arrêt du processus; l'état général s'est amélioré, les douleurs ont diminué, le poids a augmenté de 3 livres.

Dans le troisième cas où il s'agissait d'un néoplasme du cou et du larynx avec métastase pulmonaire, les injections ont procuré une certaine amélioration.

Enfin dans le quatrième cas — cancer du sein avec métastases — à la suite de deux injections, les tumeurs sont devenues plus mobiles et les ganglions lymphatiques ont diminué.

Nous sommes loin encore de la guérison du cancer.

J. Roubleff.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux.

Greffe intestinale à l'estomac (*31e congrès de la Société all. de chirurgie.* — M. Reerink (de Fribourg) a fait sur le chien des expériences qui infirment l'opinion de Kocher sur la pathogénie des ulcères peptiques après la gastro-entérostomie postérieure. En effet, des lambeaux de paroi intestinale empruntés au colon transverse se sont laissé greffer sur des pertes de substance de la paroi stomacale, à la condition d'avoir conservé leur mésentère. Au bout d'une année, on a constaté chez les animaux sacrifiés la parfaite vitalité du lambeau greffé, dont la muqueuse avait conservé tous ses caractères, sans avoir subi aucun effet dû à l'auto-digestion. L'auteur conclut à l'application de la méthode à la chirurgie humaine. Peut-être pourrait-on reprocher à ces expériences de n'avoir pas été suffisamment prolongées, puisque les altérations de la muqueuse intestinale, désaffectée de son milieu normal, ont pu n'être constatées, dans la gastro-entérostomie, que trois ou quatre ans plus tard.

A. Benoit.

Chirurgie cérébrale (*31e Congrès de la Soc. All. de chirurgie*, avril 1902). — A part l'observation de M. Von Bramann (de Halle), qui a présenté un conglomérat de tubercules cérébraux solitaires extirpés avec succès chez une fillette de huit ans, la plupart des communications dues à MM. Saniger, Hahn et Franke ont trait aux effets remarquablement favorables de la *trépanation décompressive* dans les tumeurs cérébrales inopérables. Ce traitement palliatif a permis de conjurer la mort imminente et d'obtenir des survies de plusieurs années. En général, la stase papillaire rétrocède également à la suite de cette intervention.

A. Benoit.

Deux cas de spina bifida traités avec succès, le premier par le liquide de Morton, le second par l'excision, par M. L. St. George (*The Lancet* 15 mars 1902). — L'auteur note tout d'abord que si la solution iodo-glycérinée de Morton, utilisée en injection, peut amener la guérison d'une méningocèle pure, dans les cas de méningomyélocèle et de syringomyélocèle, cette même solution n'a jamais rien donné de bon. Aussi a-t-on préconisé l'excision du sac. Mais cette opération n'est pas sans danger, et il y a lieu de craindre surtout, en la pratiquant, l'infection et l'évacuation soudaine au dehors du liquide cérébro-spinal.

Voici les deux observations que rapporte l'auteur.

Dans le premier cas, il s'agit d'une enfant de sept jours qui portait à la région lombaire, un spina bifida de la quatrième et cinquième vertèbres de cette région. La tumeur avait la dimension d'une petite orange, et était recouverte, dans les deux tiers inférieurs de son volume, par de la peau normale. Le tiers supérieur n'était enveloppé que par une membrane, séparée de la peau par un sillon très nettement marqué. Cette tumeur se distendait d'une façon très visible, quand l'enfant criait ou se

débattait. Mais on ne notait aucune paralysie des membres inférieurs et aucune distension des fontanelles. M. George fit un lavage complet de la tumeur avec une solution de sublimé à 1/2000, et, après chloroformisation, injecta par un petit trocart, dès que la tumeur se fût vidée des deux tiers de son contenu, environ quatre centimètres de la solution de Morton. L'enfant parut souffrir vivement du shock causé par l'opération. La température dépassa 39°, et resta élevée pendant quelques jours. Deux semaines après, l'auteur fit une nouvelle injection du liquide de Morton, mais la température, cette fois-ci, demeura presque normale. M. George fit prendre à l'enfant de l'huile de foie de morue et de l'aliment de Mellin. Guérison absolue au bout de quatre mois.

La deuxième observation s'applique à un enfant de trois semaines, qui présentait un spina bifida de la septième vertèbre cervicale. Toute la tumeur était recouverte par la peau. Après chloroformisation de l'enfant et ponction de la tumeur, M. George fit l'excision du sac et ferma la plaie par quelques sutures continues à la soie. L'enfant ne manifesta aucun signe de shock après l'opération et n'eut pas plus de 38° de température. La guérison se fit très rapidement en un mois et quelques jours.

M. George pense que malgré le succès qu'il a obtenu par les injections de liquide de Morton, il y a lieu de redouter de graves conséquences au cas où cette solution irritante, injectée uniquement dans le sac, irait se deverser dans le canal cérébro-spinal. L'excision du sac est une méthode beaucoup plus sûre qui, toutes les fois qu'elle est pratiquée avec asepsie et avec attention, n'occasionne aucun danger.

R. Blondel.

Un cas d'amputation de la cuisse chez une diabétique, suivie de la disparition de la glycosurie par M. W. O Spencer (*The Lancet* 22 mars 1902). — Une femme, âgée de 61 ans, atteinte du diabète, fit, un an après sa rentrée à l'hôpital, de la nécrose du pied droit. Pendant cinq semaines, on traita médicalement cette malade et les pansements de son pied furent renouvelés très fréquemment. Bien que la température resta normale, la gangrène s'étendait de plus en plus, donnant issue à du sang et a du pus mélangés. M. Spencer jugea l'ablation du membre nécessaire, et fit l'amputation de la cuisse droite, juste au dessous de son milieu. L'artère fémorale superficielle, apparaissant à ce niveau, était complètement thrombosée par un gros caillot de formation récente, et de teinte colorée. L'hémorrhagie ne provenait que des branches de l'artère fémorale profonde.

A la disection du membre amputé, on observa une nécrose générale des os du pied, avec une infiltration de toutes les parties molles par la suppuration. L'artère poplitée, ainsi que le tronc tibio-péronier, était oblitérée par du tissu scléreux et par des caillots de thrombose. A l'examen microscopique, on découvrait de l'endartérite chronique.

La malade quitta l'hôpital, au bout de trois mois, ayant, en apparence, une bonne santé.

M. Spencer qui avait déjà eu l'occasion de noter, après une amputation de bras chez un diabétique, la disparition de la glycosurie, voulut s'assurer quelle était la quantité de sucre qui pouvait exister chez la malade faisant l'objet de cette observation, avant et après l'opération.

Voici les résultats que cet auteur a obtenus : Dans l'intervalle d'un mois, la quantité d'urine, émise en 24 heures était de 1.320 cc. et contenait 48 gr. de sucre. Peu de temps après l'opération, cette quantité d'urine n'était plus que de 1250 cc. et renfermait 33 grammes de sucre. Enfin, un mois après l'opération, dans 1050 cc. d'urine émise, il n'y avait plus de sucre.

R. Blondel.

De l'injection directe de purgatifs dans l'intestin durant l'opération faite pour la péritonite septique, par Cuthbert S. Wallace (*The British Medical Journal*) 22 février 1902. — A Saint Thomas's Hospital, M. Cuthbert Wallace fit, en deux occasions, l'injection directe de purgatifs dans l'intestin durant l'opération même, pratiquée pour des péritonites diffuses d'origine appendiculaire ; dans un troisième cas de paralysie intestinale consécutive à une hystérectomie pour fibrome gangréneux, cet auteur employa avec succès le même procédé.

M. S. Wallace, dans deux cas, injecta 30 grammes d'huile de ricin, et chez une jeune femme, ayant présenté de la péritonite généralisée, à la suite d'une perforation de l'appendice, fit une injection de 15 grammes de sulfate de magnésie (en solution).

L'auteur pense que plus l'injection est faite profondément, meilleur doit être le résultat. Avec M. Sheild, il partage l'idée de faire l'injection jusque dans le cœcum, s'il est possible. Et, dans les trois cas qu'il rapporte, il note une mort survenue rapidement, en 30 heures, avant que les intestins, ayant pris le purgatif, aient eu le temps de réagir.

M. Wallace, cependant, tout en étant convaincu que toutes les fois qu'un malade recouvre la guérison, c'est que son intestin agit, ne veut pas exagérer l'effet des purgatifs, injectés suivant la méthode qu'il préconise, et

pense qu'il faut prendre en grande considération le rôle d'absorption du péritoine dans une péritonite septique, capable de provoquer la paralysie de l'intestin.

Le plus tôt possible, il est nécessaire de donner libre issue à la collection purulente, et s'il y a péritonite généralisée, ou même localisée, comme complication d'appendicite, il faut encore, dit cet auteur, faire l'ablation de l'appendice.

R. Blondel.

Nouveau traitement potentiel de la pyorrhée alvéolo-dentaire, par P. Robin (*Revue de stomatologie*, mai 1902). — L'auteur recommande de mettre à profit les propriétés *caustiques potentielles* de l'acide sulfurique de Nordhausen et du nitrate acide de mercure.

L'action de l'acide de Nordhausen est plus rapide et plus radicale que celle des autres topiques caustiques.

L'auteur applique la même technique au traitement des caries du collet et des abrasions chimiques. L'acide de Nordhausen paraît, en effet, arrêter et cicatriser ces lésions si rebelles.

Comme toutes les autres, cette méthode a pour objectif la cicatrisation de l'articulation alvéolo-dentaire, après destruction des clapiers purulents.

Après un grattage aussi minutieux que possible de tout le tartre qui peut être adhérent aux dents et aux racines, l'on peut immédiatement faire l'application de l'acide sulfurique de Nordhausen.

Pour faire cette application, on emploie un fil de platine, écrasé à son extrémité en forme de petite spatule mince et arrondie. En trempant son extrémité spatulée dans le liquide, elle en garde une quantité suffisante pour le collet d'une dent.

L'acide sulfurique de Nordhausen est un liquide très dense, fumant à l'air, très avide d'eau, aussi faut-il le conserver dans des flacons bouchés à l'émeri.

Au moment du besoin en verser dans une petite cupule seulement quelques gouttes, le reste devant être jeté après l'emploi.

Il faut faire l'application à l'aide de la petite spatule en platine, qui porte le liquide dans le cul-de-sac aussi profondément que possible. Pour que l'acide conserve toute son activité il faut autant que possible opérer à l'abri de toute humidité. A cet effet, avec des bourdonnets de coton on isole successivement toutes les dents à traiter, et après avoir desséché les collets avec des boulettes d'ouate hydrophile, on fait l'application du topique.

Quand les culs-de-sac sont profonds, la gencive flottante et épaisse, on profite du temps qu'il faut garder les dents isolées de salive, pour faire avec un fin bistouri ou de tout petits gingivotomes l'ablation de ces gencives. Il n'y a pas d'hémorragie, l'acide de Nordhausen faisant l'hémostase immédiate.

Continuer d'isoler les dents jusqu'à ce que le bord gingival devienne blanc, c'est-à-dire pendant quatre à cinq minutes.

A ce moment il est bon d'avoir toute prête, une seringue ou une poire pleine de solution tiède saturée de bicarbonate de soude, pour faire le lavage des alvéoles et neutraliser l'excès d'acide.

Quelquefois, pour aller vite et agir énergiquement, après avoir fini l'application avec l'acide de Nordhausen, immédiatement, avec les mêmes précautions pour isoler des dents et dessécher les collets, avec la même aiguille de platine, et de la même façon, on porte du nitrate acide de mercure au collet des dents. Appliqué ainsi après l'acide de Nordhausen, le nitrate acide de mercure produit des douleurs moins violentes qu'en application directe.

Ces dernières quoique très vives n'atteignent jamais ni en acuité ni en durée celles causées par l'emploi du thermo-cautère.

Consécutivement à ces applications l'élimination des lambeaux nécrosés se fait ici sans suppuration, plus tôt quand l'acide de Nordhausen a été seul employé, au bout de trois jours avec le nitrate acide de mercure; on peut alors enlever les gencives flottantes; la cicatrisation de la gencive est déjà en partie faite, il n'y a ni hémorragie ni trace de pus. Les douleurs durent quinze à vingt minutes quand on emploie l'acide de Nordhausen, cinq à six heures avec le nitrate acide de mercure.

Les applications d'acide de Nordhausen peuvent être renouvelées tous les trois jours en moyenne, si aucune contre-indication particulière ne vient modifier le traitement.

Six à sept applications suffisent en général pour une pyorrhée de moyenne intensité. Avec l'emploi du nitrate acide de mercure, le traitement est abrégé d'au moins la moitié, et dans le cas où l'on voudrait répéter l'emploi de ce dernier topique, un espace d'au moins 6 à 7 jours doit séparer la seconde application de la première.

A chaque séance, vérifier l'état des gencives et des dents, faire l'ablation du tartre qui a été oublié et se trouve mis à découvert par la gencive qui dégage de plus en plus la racine. Dès la première séance les dents paraissent consolidées, les gencives sont moins molles, leur couleur change et donne l'impression d'une guérison

rapide, évidente ; cette amélioration se continue, s'augmente à chaque séance ; l'articulation alvéolo-dentaire complètement cicatrisée a consolidé la dent.

E. Vogt.

Anesthésie locale obtenue par l'emploi de l'éther de l'acide paramidobenzoïque (*Deutsche med. Wochenschrift*, 15 mai 1902). — Dunbar a expérimenté ce produit, connu sous le nom d'anesthésine : c'est une poudre blanche, fondant à 89,5° c., sans odeur, ni saveur, provoquant en application sur les muqueuses une sensation d'anesthésie sans irritation préalable. Le corps est peu soluble dans l'eau, mais facilement soluble dans l'éther, l'alcool, l'acétone, les huiles grasses, les essences, etc. Les expériences sur les animaux ont démontré que le produit n'est pas toxique.

Le chlorhydrate est soluble dans l'eau dans la proportion de 1 0/0. Cette solution injectée sous la peau provoquerait une sensation désagréable de brûlure : il est donc préférable d'utiliser une solution à 0,25 0/0 qu'on formulera de la façon suivante :

Chlorhydrate d'anesthésine	0 gr. 25
Chlorure de sodium.....	0 gr. 15
Chlorhydrate de morphine.	0 gr. 015
Eau distillée.....	100 grammes

Usage externe.

Cette solution, injectée dans la peau, provoque un soulèvement en forme de phlyctène (méthode de Schleich). On peut obtenir ainsi une anesthésie exempte de tout danger d'intoxication, suffisante pour mener à bien une série d'opérations de petite chirurgie (excision de cicatrices vicieuses, phymosis, kystes athéromateux etc.). L'anesthésie est obtenue instantanément pour ainsi dire. La solution est stérilisable et rendrait sans doute de grands services en oculistique.

Pour les injections sous-cutanées, on se servira de préférence d'une solution dans l'huile (2 à 3 0/0).

E. Vogt.

Anesthésie locale à la cocaïne (*Thérapeutique Moderne Russe* n° 1. 1902). — A l'aide d'injections sous-cutanées d'une solution de cocaïne à 1-2 0/0, Schouleguine arrive à pratiquer des opérations assez sérieuses comme par exemple la cure radicale de l'hydrocèle, la cure radicale des hernies inguinales d'après le procédé de Bassini (dans ce dernier cas on est obligé de pratiquer jusqu'à 8 injections d'une solution à 2 0/0).

J. Roubleff.

Anesthésie locale à l'eucaïne B. (*Med. Obosr.*, n° 2, 1902). — Guerrex a eu recours à l'anesthésie locale à l'eucaïne B, dans toute une série de cas de petite chirurgie, et voici les différentes constatations qu'il a pu faire au cours de ses interventions.

Dans les opérations dans la cavité buccale, l'eucaïne ne saurait remplacer la cocaïne ; elle détermine de la parésie vasculaire et de la tuméfaction des tissus. L'eucaïne peut être employée très utilement dans l'examen du larynx, du rectum et de la vessie, particulièrement chez les enfants chez lesquels la cocaïne est dangereuse. L'eucaïne a donné également de bons résultats dans l'extraction des dents. L'auteur a injecté généralement une solution d'eucaïne à 2 0/0 dans la gencive et autour de la dent.

Dans les interventions chirurgicales sur d'autres portions du corps, l'eucaïne a été employée, soit sous forme d'injections, couche par couche, soit d'après le principe de l'anesthésie régionale. L'auteur a pu parfaitement opérer de petites tumeurs et des abcès profonds subaigus en se servant exclusivemnt d'injections sous-cutanées.

Dans les processus inflammatoires aigus, l'auteur a employé l'anesthésie régionale. Il fait remarquer qu'on est obligé de modifier les procédés suivant chaque cas particulier et le genre spécial du processus pathologique.

On n'arrive parfois pas à obtenir l'anesthésie ; l'auteur a souvent échoué dans l'énucléation des ganglions inguinaux. L'anésthésie à l'eucaïne est particulièrement commode pour l'extraction de corps étrangers du tissu cellulaire sous cutané.

Les bords de la plaie opératoire — en pratiquant l'anesthésie à l'eucaïne — se tuméfient toujours pendant quelques heures, mais cette tuméfaction n'empêche pas la cicatratrisation par première intention. Il faut seulement ne pas oublier de bien serrer les points de suture. L'auteur n'a jamais constaté d'épanchements parenchymateux considérables.

Daus un cas de fistule tuberculeuse de la région inguinale, on a observé, à la suite d'une injection de 0 gr. 12 d'eucaïne, des phénomènes d'intoxication, de l'inquiétude, de la paresthésie, des sensations syncopales qui ont duré pendant six heures environ.

L'auteur explique ces intoxications par l'injection accidentelle d'eucaïne dans une veine.

Chez les autres malades, l'eucaïne n'a déterminé aucune action toxique. La dose maxima a été de 0 gr. 40.

L'auteur conclut en disant que si l'on se sert de solutions de chlorhydrate d'eucaïne B. d'après les règles connues, on peut arriver à pratiquer

toute une série de petites opérations sans douleur, ou tout au moins on peut réduire la douleur au minimum.

J. Roubleff.

Emploi du dymal en chirurgie (*Aerztl. centr. Zeitung*, n° 13, 1902). — Munk a expérimenté ce sous-produit de la fabrication des becs Auer; il représente le salicylate de didyme, poudre blanc rougeâtre, impalpable, sans odeur, ni saveur. En insufflations laryngées, le dymal ne provoque aucune irritation; la muqueuse nasale est plus sensible.

Nous avons analysé (*v. cette Revue*, p. 177, 1901) le travail de Kopp concernant l'emploi du dymal comme topique en cas de plaie. Munk a repris ces expériences avec le même résultat favorable et a même traité des accidents chirurgicaux plus importants par des applications de cette substance. Des plaies cutanées étendues, avec gangrène de la peau, des brûlures du 3e degré, des pustules malignes ont guéri dans d'excellentes conditions à la suite de l'application de la poudre. Même résultat dans l'intertrigo, l'eczéma suintant, le coryza; dans cette dernière affection, on n'insufflera chaque fois qu'une petite quantité de poudre, pour éviter l'irritation de la muqueuse.

L'auteur pense que la dermatologie pourrait tirer un grand bénéfice de l'emploi de ce topique.

E. Vogt.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Médecin des hôpitaux

L'atonie stomacale (*Allg. Weiner. Med. Zeitung*, 4 mars 1902). — Nous retenons du travail de Pick la partie thérapeutique : comme la maladie a surtout pour cause l'affaiblissement de la pression intra-abdominale et de la paroi musculaire abdominale, c'est surtout au massage, à l'électricité, à la gymnastique qu'il faut s'adresser.

Pour l'alimentation, le régime végétarien, qui provoque moins aisément des fermentations gastriques avec auto-intoxication consécutive, sera préférable, tout en se gardant de l'exagération.

Les médicaments utiles sont la créosote, la résorcine, l'ichthyol, le menthol, etc. Ces désinfectants ne sauraient, cela va sans dire, enrayer les fermentations, mais on sait que les processus de ce genre sont parfois modifiés par des quantités minimes de produits chimiques.

Parmi les mouvements gymnastiques, on recommandera surtout au malade de s'étendre sur le dos et de se rasseoir, les mains placées derrière la tête, sans que les jambes quittent le sol, ou encore d'amener les jambes de la position horizontale à la verticale, le corps restant étendu.

Comme traitement électrique l'auteur préfère le courant faradique, avec plaque fixe sur l'hypogastre et l'autre pôle constitué par un rouleau que l'on promène sur l'abdomen.

Les liquides seront permis, car leur suppression provoque des troubles de nutrition, et souvent un état d'irritabilité nerveuse (soif). Si les liquides sont vomis, il faut les introduire par voie rectale.

E. Vogt.

Action des épices sur les fonctions sécrétoires et motrices de l'estomac (*Med. Obosr.*, n° 2, 1902). — Korczynski publie un nouveau travail sur ce sujet concernant cinq malades atteints d'insuffisance des fonctions sécrétoires et motrices de l'estomac.

Voici les conclusions que l'auteur formule à ce sujet :

1° Toutes les épices n'exercent par la même action sur les fonctions sécrétoires de l'estomac; leur action dépend principalement de l'état de l'estomac et probablement aussi de particularités individuelles;

2° Chez les individus atteints d'insuffisance des fonctions sécrétoires de l'estomac, les épices exercent une action nocive; elles diminuent la quantité d'acide chlorhydrique et de pepsine et provoquent pendant la digestion une formation plus abondante d'acide lactique. Elles exercent la même action nuisible chez les individus à estomac normal, mais dont la sécrétion d'acide chlorhydrique et à peine suffisante;

3° Les épices irritent la muqueuse stomacale, déterminent une dilatation vasculaire et augmentent l'exosmose, d'où résulte parfois une dilution consécutive du suc gastrique;

4° Les fonctions sécrétoires des glandes, chez l'homme sain, sont d'abord excitées, puis paralysées; la sécrétion diminuée qui dure parfois longtemps, peut être suivie d'une nouvelle période d'excitation;

5° Enfin, les fonctions motrices de l'estomac à la suite de l'usage des épices augmentent, grâce à l'irritation de la tunique musculeuse.

J. Roubleff.

Le traitement de la constipation habituelle d'après les Drs Knopf, Loveland, Acker, et Barclay. (*Merks Archives*. Février 1902). — Pour le Dr Knopf, la première indication pour combattre

la constipation, est de provoquer des mouvements de l'intestin: pour cela le meilleur moyen est d'administrer le calomel à doses fractionnées, variables suivant l'âge; on commence une heure environ après le repas. Les jours suivants, on combinera l'emploi de l'éducation, des méthodes mécaniques, hydrothérapiques, électriques, diététiques et médicamenteuses, suivant les résultats de l'examen de chaque cas.

Les enfants et surtout les jeunes filles seront habitués à aller à la selle à la même heure, de préférence le matin, avant ou après le premier repas : une évacuation normale doit donner lieu à une selle semi-solide. Les femmes enceintes ne doivent jamais prendre de laxatifs qu'avec la plus grande prudence et après avis du médecin.

L'hygiène du tube digestif a une très grande importance; une toilette soignée de la bouche sera faite après chaque repas; aucune préoccupation intellectuelle ne doit exister à ce moment, le repos doit exister pendant la période digestive. Les moyens mécaniques consistent en exercices, sports, large respiration au grand air. Le massage autour de l'ombilic doit être pratiqué le matin; il ne durera pas plus de dix minutes. L'emploi de suppositoires à la glycérine suffit parfois pour provoquer des selles.

L'hydrothérapie peut être employée soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. Les lavements d'eau chaude tendent à diminuer la tonicité de l'intestin ; il faut y ajouter de la glycérine ou de l'huile de lin. Un demi verre d'eau chaude ou froide pris chaque demi-heure après un léger repas sont de bons adjuvants; des compresses d'eau chaude et d'eau froide appliquées sur le ventre alternativement sont utiles. L'électrisation, l'un des pôles étant placé sur le ventre, l'autre introduit dans le rectum, amène de bons résultats.

Le régime alimentaire doit consister en aliments liquides, en végétaux, en fruits, en substances laxatives : on peut conseiller l'eau pure ou minérale-bicarbonatée, le jus de fruit ou de raisin, le képhir, le café faible, le bouillon, la soupe aux huitres, le beurre en abondance; les épinards, les choux-fleurs, les oignons, les pois verts, les haricots, les pommes de terre, les carottes, les navets, les choux en petite quantité; les salades avec de l'huile d'olive, les concombres, les tomates sont permis. Pour les fruits il faut conseiller les compotes de prunes, de figues, de pommes, de pêches, de groseilles, de poires, d'oranges, de melon, de cerises. Il faut éviter les boissons alcooliques, le thé, et le café forts, le lait s'il constipe le patient.

Le porc, le veau, le gibier, le poisson fumé, les fromages, les gateaux et les biscuits constipent les malades.

Chez les jeunes enfants, il faut faire une large part aux végétaux, aux fruits cuits, au beurre.

Les médicaments ne doivent jamais être identiques pendant longtemps, il faut en changer ; si les selles sont fétides, le calomel trouve son emploi. L'huile de ricin, les purgatifs salins peuvent être conseillés. La cascara sagrada sous forme d'extrait est le meilleur des purgatifs végétaux ; la rhubarbe, le séné, le tamarin et pour les enfants le sirop de manne sont de bonnes préparations.

Pour le Dr Loveland, l'importance des boissons fraîches est considérable ; la régularité des évacuations doit être parfaite ; tous les exercices physiques combattent la constipation. Les courants faradiques et le bain de siège froid sont aussi actifs que le massage de l'abdomen. Les cathartiques doivent être évités le plus possible. La noix vomique, l'aloès, la cascara sagrada, le phosphate de soude doivent être prescrits le plus souvent.

Le Dr Ackert fait remarquer que les enfants peuvent être constipés du fait de la constipation maternelle. Habituellement, le régime est responsable de la mauvaise digestion des enfants ; il faut substituer à l'eau pure, l'eau d'avoine pour couper le lait ; une cuillerée à café de jus d'orange, l'huile d'olive, l'élixir de cascara agissent sur le tonus intestinal.

Dans la constipation de l'adulte, on peut employer une formule qui réunit l'aloïne, la strychnine, l'extrait de belladone et la cascara sous forme de pilules. Dans les cas de constipation d'origine hépatique on peut ajouter à la masse pilulaire de l'aloïne et du podophyllin ; le calomel est aussi usité à juste titre. La cascara est aussi avantageusement mélangée à l'extrait de malt, à la gentiane et à d'autres toniques.

Pour le Dr Barclay, la constipation chez les Américains tient à la mauvaise nourriture, à l'habitude de manger trop rapidement, à la négligence de satisfaire les besoins naturels. Les exercices physiques doivent combattre les habitudes sédentaires. Les médicaments à conseiller sont le calomel, le sucre de lait ou le bicarbonate de soude à petites doses, le phosphate de soude.

P. Sainton.

Note préliminaire sur le traitement de la constipation chronique opiniâtre par le courant galvano-faradique, par Laquerrière et Delherm (*Bul. of. de la Soc. Franç. d'électrothérapie* avril 1902). — Le traitement de la constipation chronique est parfois l'une des plus décevantes tentatives de la thérapeutique.

Il y a des malades qu'en désespoir de cause, après avoir tout essayé, on envoie aux électri-

ciens, plutôt par acquit de conscience que dans l'espérance d'un résultat.

Or, les traitements électriques ne paraissent pas avoir donné jusqu'ici des résultats brillants; le courant continu seul ne donne pas une amélioration constante, quoique parfois on puisse constater un bénéfice réel de son emploi ; le courant continu avec interruption sans être notablement plus efficace est fréquemment assez douloureux.

De même le courant continu avec renversement, est assez pénible pour le patient. De plus l'emploi d'intensités élevées avec des électrodes petites exige la possession d'une source électrique d'un voltage assez élevé que tous les praticiens ne possèdent pas.

D'autre part, la faradisation a besoin d'être maniée avec beaucoup de prudence : des séances trop fortes ou trop longues provoquent facilement de la constipation ; des séances trop faibles n'ont aucun effet ; des séances d'intensité moyenne peuvent en certains cas favoriser le fonctionnement du tube digestif, mais cette dose utile est variable avec chaque malade.

Enfin, les différents procédés de franklinisation dont le plus fidèle paraît être l'effluvation sur la fosse iliaque recommandée par Doumer, s'ils agissent d'une façon tout à fait remarquable chez certains sujets, ne donnent chez d'autres des résultats que très lentement. De plus, la machine statique n'est pas transportable et exige le déplacement du malade.

En somme les résultats des différentes tentatives ont été jusqu'ici assez peu brillants en général pour qu'on ait pu écrire dans un traité d'électrothérapie récent qu'il n'y avait pas de traitement électrique pour la constipation.

Dans ces conditions, les auteurs ont pensé à employer la galvano-faradisation introduite par Watteville dans la thérapeutique : Deux très grandes plaques en peau de chamois recouvrent, l'une, la face antérieure de l'abdomen, l'autre, la région lombaire ; presque toujours le pôle négatif est en avant. On fait passer d'abord le courant continu (30 à 40 ou 50 M. a.), doses qui avec les larges plaques sont tolérées sans aucune difficulté ; puis on met en marche le faradique en avançant la bobine induite jusqu'à ce qu'il soit bien senti par le patient, mais sans occasionner aucune sensation désagréable. Les séances ont 10 minutes de durée : on ne donnera aucune secousse ni renversement.

Il semble que la bobine à fil fin, qui est d'ailleurs bien mieux tolérée avec des grandes plaques, que la bobine à gros fil pour un même enfoncement, a une efficacité plus marquée.

Jusqu'à présent les résultats ont paru bien supérieurs avec le Watteville qu'avec le courant continu employé seul et sans renversement ; mais, d'autre part, il a semblé qu'il ne fallait pas se servir de faradisation trop intense ; car on pouvait alors aggraver au contraire la constipation.

Tous les malades présentaient des constipations graves, rebelles aux médications classiques bien dirigées.

Sur ces malades le courant galvano-faradique a donné des résultats remarquables. Il présente de plus l'avantage d'être facile à appliquer et de n'être pas douloureux.

E. Voet.

Traitement de la périthyphlite (*Thérap. Monatshefte* mai 1902). — Le Pr Bourget de Lausanne répond à des objections qui lui ont été faites par Glaeser (*Allg. med. Centralzeitung* n° 14. 1902.

Le Pr Bourget recommande, dans le stade aigu, de grands lavages biquotidiens du gros intestin, qui amènent une diminution des douleurs et du gonflement localisé à la région appendiculaire, et un abaissement de la température. L'emploi de l'opium devient ainsi superflu : il a le grand inconvénient de provoquer la rétention des matières fécales, et les résultats thérapeutiques qu'on obtient par son emploi sont loin de valoir ceux que donne le traitement par les grands lavages, ainsi que l'auteur a pu le reconnaître lui-même, car avant d'employer sa méthode actuelle il a prescrit l'opium et la vessie de glace.

L'auteur croit que le périthyphlite est une maladie dont la fréquence a beaucoup augmenté depuis 1880, et dont la mortalité a été élevée surtout à l'époque où les chirurgiens préconisaient *l'intervention à chaud*. Avant cette période, le traitement médical même défectueux guérissait fréquemment les malades : avec ce même traitement perfectionné, la mortalité a beaucoup diminué à nouveau dans ces derniers temps. L'auteur n'a pas perdu un seul malade depuis 3 ans qu'il emploie les grands lavages.

E. Voet.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine

Aspirine dans les pleurésies exsudatives. *Med. Obs.* n° 4, 1902). — Bouroff a administré l'aspirine dans quatre cas de pleurésie exsudative à la dose de 1-2 grammes, 3 à 4 fois par

jour. L'aspirine a été très bien supportée. Dans un cas elle a déterminé une diminution rapide du point de côté et de la toux.

Au bout de 10 jours de traitement l'exsudat a diminué considérablement et la température est tombée presque à la normale.

Dans deux autres cas, l'aspirine n'a donné aucune amélioration locale. Cependant malgré un exsudat abondant, la fièvre et les autres symptômes aigus (toux, douleur, dypnée) ont été insignifiants. Dans ces deux cas la pleurésie a suivi une évolution chronique.

Dans le 4e et dernier cas l'aspirine n'a fait tomber que momentanément la température à la normale sans exercer une action bien efficace sur le point de côté et les phénomènes locaux. Dans ce dernier cas comme dans le premier l'aspirine a provoqué de légers troubles intestinaux.

Ajoutons que l'aspirine n'a été employée dans ces quatre cas, qu'à la suite de l'administration d'autres médicaments. La transpiration provoquée par l'aspirine a été d'autant plus abondante que la fièvre a été plus intense ; les malades n'ont pas eu de bourdonnements.

L'auteur conclut que dans la pleurésie exsudative aiguë l'aspirine est utile surtout au début de la maladie.

J. Roubleff.

Questions d'actualité et de polémique concernant les Sanatoria populaires (*Therap. Monatshefte*, mai 1902). — Nahm estime en premier lieu qu'il faudrait supprimer, dans les bulletins de sortie des sanatoria pour tuberculeux, la mention « *guéri* » et la remplacer par « *très amélioré* ». Cette manière de faire serait conforme aux constatations de tous les jours, qui nous apprennent que 5 ans de bonne santé seront nécessaires pour permettre d'affirmer la guérison.

Les sanatoria pour indigents devraient être beaucoup plus sévères dans l'admission des malades que les sanatoria pour les malades aisés : or, tel n'est pas le cas. Beaucoup de médecins ne se rendent pas compte du fait que l'ouvrier, une fois sorti du sanatorium, est appelé à travailler pour vivre : il ne faut donc admettre que les cas tout-à-fait récents si l'on veut obtenir un résultat sérieux. L'auteur considère comme seuls admissibles les malades présentant de la matité et des râles jusqu'à la 2e côte en avant et le milieu de l'omoplate en arrière, si un seul côté est pris : si les deux sont atteints, les lésions ci-dessus ne doivent pas dépasser la clavicule et l'épine de l'omoplate. Il va sans dire que toute complication (fièvre, ulcérations laryngées, glycosurie, etc). sont une cause de non-admission.

Pour la fièvre, il suffit que le malade présente plusieurs jours de suite une température buccale de 38° pour que l'auteur conseille la non-admission jusqu'au moment où la fièvre a disparu. La température buccale est préférable parce qu'elle peut être facilement prise sur le tuberculoux couché en plein air : tous les sanatoria devraient l'adopter comme règle, ce qui permettrait de comparer plus aisément les résultats publiés par les divers établissements.

La tuberculose laryngée devrait constituer une cause absolue de non-admission : même remarque pour les phtisiques présentant des troubles cardiaques : peu de temps après que ces malades ont repris leur métier, après leur exeat, ils sont obligés de cesser de travailler. On peut se relâcher quelque peu de cette sévérité pour les phtisiques albuminuriques, à condition de n'accepter ces derniers que pour une cure pendant les mois d'été. Les affections gastro-intestinales marquées (diarrhées p. ex.) sont une cause d'exclusion, car ces sanatoria ne sauraient fournir les soins et le régime appropriés à ce genre de malades.

Les sujets atteints de carie dentaire doivent, avant d'entrer, faire soigner leurs dents, car l'odontalgie les empêche de s'alimenter convenablement et ils ne profitent pas de leur séjour au sanatorium dans ces conditions.

Les sujets dont l'affection débute par une hémoptysie donnent de bons résultats en général, parce qu'effrayés de leurs pertes de sang, ils se décident de suite à entrer au sanatorium. Si au contraire on se trouve en présence d'un début avec hémoptysies à répétition et abondantes, il faut refuser l'admission, car le sujet sera, même si le séjour au sanatorium lui est favorable, repris de ses crachements de sang quand il travaillera à nouveau.

La durée du séjour a été jusqu'ici calculée à 12 semaines en moyenne ; cette durée est sans doute insuffisante et devrait être portée à 5 à 6 mois. Mais, dans ce dernier cas, la famille du tuberculeux souffrira de privations et ce dernier risque de ne pas retrouver à la sortie la place qu'il occupait à l'atelier avant de tomber malade. En outre, un sujet qui arrive à être très amélioré au bout de 12 semaines manifeste son accroissement de vitalité par de l'insubordination, des plaintes sur l'alimentation, etc. et influence les malades plus graves d'une façon préjudiciable à leur santé.

Doit-on recommander un changement de profession aux malades, quand celle-ci est trop insalubre ou trop fatigante ? On ne peut, en général, réussir facilement à faire retrouver à des sujets de cette catégorie les avantages pécuniaires de leur ancienne siiuation : il faudrait donc es secourir après leur sortie, ou leur apprendre

leur nouveau métier pendant qu'ils sont encore au sanatorium (jardinage, menuiserie, reliure, etc).

Il ne faut pas trop compter sur la persévérance des malades dans l'application des préceptes hygiéniques à la sortie du sanatorium : ou outre, ceux qui ont la bonne volonté nécessaire, se heurteront à des difficultés souvent insurmontables. Un malade qui se servirait, par exemple, d'un crachoir portatif, risquerait certainement de perdre sa place, car les autres ouvriers ne voudraient plus travailler à ses côtés. Il faudrait généraliser, dans les ateliers, l'emploi du crachoir à tous les ouvriers qui toussent, qu'ils soient ou non tuberculeux.

L'institution des colonies agricoles fournira peut-être une solution, mais la question se heurte à de grandes difficultés pratiques quand il s'agit de malades chargées de famille, qui risquent de contaminer leur entourage quand une fois ils ont échappé au contrôle médical du sanatorium.

E. Vogt.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Du traitement des neurasthéniques à Luchon, par H. Pelon (*Gazette des hôpitaux*, 10 avril 1902). — La neurasthénie grave n'est justiciable que du traitement de Weir Mitchell; les formes moins accentuées peuvent être soignées avec de bons résultats à Luchon. Les symptômes que présentaient les malades traités par l'auteur étaient la céphalée, l'insomnie, de l'asthénie musculaire, des vertiges et des troubles digestifs. Les bienfaits retirés par les sujets d'une cure à Luchon sont dus : 1° au changement de milieu; 2° au climat de montagne : 3° au traitement thermal sulfuré.

Le changement de milieu, en effet, l'isolement, le climat de montagne convient admirablement aux neurasthéniques, l'altitude de Luchon n'est que de 700 mètres; mais elle est placée aux pieds des plus hautes cimes. Le traitement thermal sulfureux par l'eau de la source thermale agit par son action sédative et tonique; le malade reste 25, puis 35 et même 40 minutes dans un bain à 34°. Les douches sont administrées sous formes de douches écossaises; l'auteur les considère comme un adjuvant de peu d'importance.

P. Sainton.

Le Traitement de l'Aliénation Mentale par le bain continu, par P. Keraval. (*Progrès Medical*, 3 mai 1902). — Dans ce bulletin, l'auteur résume les idées qui ont été exposées par les auteurs allemands sur l'importance des bains continus dans le traitement des aliénés. Krœpelin à Heidelberg n'hésite pas à faire donner aux agités des bains prolongés pendant des semaines et des mois, l'eau étant maintenue à la température de 34°. Ce traitement est indiqué dans la manie, le délire des paralytiques généraux; au début il est parfois difficile de maintenir les aliénés dans le bain, mais on peut y arriver soit par la persuation, soit en employant le sulfonal et l'hyocine au début; dans la catatonie, Krœpelin préfère les enveloppements mouillés. En résumé pour lui, le bain prolongé agit comme l'alitement, mais plus rapidement.

Tous les aliénistes allemands ne sont point gagnés aux idées de Krœpelin, comme le montre la discussion qui suivit la communication de cet auteur à l'assemblée de Karlsruhe des psychiâtres du Sud-Ouest de l'Allemagne. Fuerstner objecte la difficulté de l'application de cette méthode tant à cause des frais qu'elle nécessite, que de sa pratique peu aisée ; enfin, ses résultats sont encore douteux pour Schuele et ce mode de traitement n'est point universel, il ne doit point faire négliger l'isolement ; Kreuzer se montre sceptique sur les résultats.

Nombre d'aliénistes ont adopté cependant l'opinion de Krœpelin ; Alzheurier (de Francfort) se loue de l'usage des bains prolongés, ils conviennent surtout dans la folie périodique ; leur application est loin d'être aussi difficultueuse qu'on le croit : Bayer, Bichebach signalent l'action bienfaisante, qu'ils ont observé chez les agités; les échanges nutritifs sont activés par cette méthode.

Sander considère le bain permanent comme particulièrement indiqué dans les agitations graves.

Ainsi donc les bains et les douches considérés comme des pratiques barbares dans le public constituent, convenablement appliqués, des modes de traitement d'une haute utilité dans l'aliénation mentale.

P. Sainton.

Étude clinique sur la maladie de Little avec cinq observations inédites, par le Dr Félix Baudouin (*Touraine médicale*, 15 février 1902). — A propos du traitement, Baudouin fait remarquer que les ténotomies multiples semblent donner de bons résultats. Dans certains cas, il est indiqué de les combiner avec l'électricité galvanique. Souvent, l'amélioration de la motilité s'accompagne d'une amélioration de l'intelligence. Il faut se défier des troubles trophiques pouvant gêner la cicatrisation des plaies opératoires.

P. Sainton.

Le massage et les mouvements dans l'hémiplégie, par Douglas Graham (*The Edimburg Medical Journal*, mai 1902). — L'importance du massage et de la gymnastique passive dans l'hémiplégie, est de plus en plus démontrée; l'auteur rapporte un cas où l'emploi prolongé de ces moyens mécaniques eut un résultat inespéré. Les contre-indications à ce mode de traitement sont l'état de collapsus nerveux qui suit l'attaque, les douleurs violentes, la contracture permanente qui se montrent chez certains hémiplégiques. Le massage et l'exécution des mouvements passifs ont l'avantage de réveiller la sensation de l'existence du membre et de l'éduquer en quelque sorte; ils permettent peut-être la création de centres de suppléance dans les lésions cérébrales ; ils doivent être répétés plusieurs fois par jour.

P. Sainton.

Traitement de l'épilepsie par la méthode de Toulouse et Richet (*Pester med. chir. Presse*. 23 mars 1902). — Halmi et Bagarus, médecins de l'hôpital d'aliénés du comitat de Bekes (Hongrie), ont soumis systématiquement 15 malades au traitement préconisé par Toulouse et Richet, consistant, comme on sait, à supprimer le chlorure de sodium dans l'alimentation, de façon à permettre aux bromures d'entrer en contact plus intime avec les tissus.

Chez 7 malades il y eut diminution du nombre des accès, mais augmentation chez 6; 2 malades sont morts.

Le poids du corps n'a pas subi de modifications appréciables, mais l'état psychique a été profondément influencé. Les sujets en expérience sont devenus calmes, apathiques : certains d'entr'eux, autrefois gais et remuants, restaient assis sans faire de mouvements pendant des heures : chez quelques-uns on nota un état de stupeur avec délires : chez deux malades, il se produisit une intoxication bromique telle que la mort s'ensuivit, bien que le traitement ait été supprimé dès l'apparition des accidents graves. Il est probable que la suppression du chlorure de sodium a favorisé l'asthénie cardiaque.

En résumé, la méthode nouvelle ne guérit ni n'améliore les malades : il est certain que l'action du brome se manifeste plus énergiquement, mais elle devient facilement dangereuse. La privation de chlorure de sodium pendant un long espace de temps n'est du reste pas aisément acceptée par les malades.

E. Vogt.

Traitement de l'épilepsie (*Thérapeutique Moderne Russe* n° 1, 1902), Nous avons déjà signalé aux lecteurs de la Revue un travail d'un médecin russe, le Dr Lyon, sur le traitement de l'épilepsie par le bromure de sodium et l'opocérébrine avec un régime pauvre en chlorure de sodium.

Nous rappelons que dans ce travail l'auteur russe avait émis cet avis que l'opocérébrine peut être considérée comme un antiépileptique actif. Le médecin en chef de l'hôpital où Lyon a recueilli les observations publiées dans son travail, le Dr Beliakoff, a soumis les affirmations de Lyon à une critique rigoureuse et voici les conclusions auxquelles il est arrivé.

1° L'administration d'opocérébrine dans l'épilepsie n'est basée sur aucune donnée scientifique ; elle constitue non pas une méthode de traitement, mais une *expérience* sur l'homme, en l'absence de toute base physiologique.

2° Les observations de Lyon montrent que les attaques d'épilepsie n'ont disparu chez aucun malade ; en même temps l'amélioration de l'activité psychique chez les malades traités n'a été nullement démontrée.

3° La méthode de Lyon ne saurait en aucune façon être considérée comme un critérium d'utilité de l'opocérébrine, étant donné que le brome est reconnu comme un spécifique de l'épilepsie et que sous la seule influence d'un bromure l'irritabilité de l'écorce cérébrale diminue, la circulation cérébrale se fait plus régulièrement, les attaques plus rares ; dans les cas peu graves les attaques disparaissent même complétement.

D'un autre côté Kaplan (*Medicinskoïe Obosrenie* n° 4, 1902) a expérimenté la cérébrine dans 13 cas d'épilepsie et il est arrivé à cette conclusion que cette substance n'exerce aucune action favorable sur les phénomènes nerveux ou psychiques de la maladie. Si l'on ajoute que Kaplan a administré l'opocérébrine pendant un temps assez long, qui a pu permettre aux autres substances prescrites en même temps d'exercer leur action, on comprendra le pessimisme de cet auteur qui conclut en ces termes :

« Il n'y a pas de raisons de continuer à expérimenter l'opocérébrine dans l'épilepsie contre laquelle nous ne possédons pas, il est vrai à l'heure qu'il est, de spécifique, mais où cependant nous pouvons rendre des services avec des médicaments symptomatiques. »

J. Roubleff.

Méningite aiguë. Guérison par le traitement antisyphilitique malgré l'absence d'antécédents et de stigmates syphilitiques. Liquide céphalo-rachidien riche en lymphocytes et sans virulence pour le cobaye, par F. Widal et L. Lesourd, (*Gazette des hôpitaux* 6 mars 1902). — Il s'agit d'un jeune homme de 29 ans, qui présenta sans cause des phénomènes méningés, caractérisés

par de la céphalée frontale et occipitale avec des exacerbations nocturnes et des vomissements. Pendant quinze jours, les signes ordinaires de la méningite ont été constatés : constipation, ralentissement du pouls, torpeur, photophobie, inégalité pupillaire, raideur de la nuque, signe de Babinski, exagération des réflexes.

Pendant les premiers jours la température fut normale ; elle n'atteignit qu'une seule fois 38°4. A la suite d'ingestion de biiodure de mercure et d'iodure de potassium, les accidents ont retrocédé. Deux mois après, la céphalalgie reparut et céda à des injections de biiodure ; le malade présente actuellement de l'exagération des réflexes et une ébauche de trépidation épileptoïde ? L'examen cytologique montra une lymphocytose abondante ; les ensemencements furent stériles. Rien ne s'oppose dans ce cas à admettre l'origine syphilitique de l'affection : c'est un cas à ajouter à ceux dans lesquels on a vu l'inflammation méningée non suppurée se terminer par la guérison.

P. Sainton.

Maladies vénériennes

Maladies de la Peau

Dr Morel-Lavallée

Médecin des hôpitaux

Importance de l'hydrothérapie dans le traitement de la syphilis (*Med. Blætter* n° 6, 1902). — Hellmer constate que l'hydrothérapie peut rendre de grands services aux syphilitiques : elle tonifie l'organisme et s'oppose au développement de la cachexie spécifique. On la recommandera donc dès l'apparition du chancre, à titre préventif et pour combattre les céphalées, la faiblesse et les poussées fébriles qu'on observe souvent dès le début de l'infection. A cette période, les douches écossaises, les bains de vapeur ou de lumière électrique de courte durée, suivis de douches froides et de frictions seront indiqués.

A l'apparition de la roséole, on provoquera des sudations énergiques par des enveloppements humides prolongés (1 h. 1/2 à 2 h.), les bains d'air chaud ou de lumière électrique avec douches consécutives. Ces interventions favorisent la circulation lymphatique et par conséquent mobilisent le mercure introduit dans l'organisme, ce qui favorise son action thérapeutique. On constate du reste que les doses nécessaires à l'obtention d'un résultat curatif sont plus faibles quand on les associe à des pratiques hydrothérapiques. Elles s'imposeront donc dans les cas d'idiosyncrasie vis-à-vis du mercure ou de l'iodure.

Pour combattre le tertiarisme, surtout les gommes d'allure torpide, on utilisera les enveloppements chauds et secs, suivis de bains froids ; ces pratiques exercent sur les échanges intra-organiques une influence considérable : elles doivent en conséqence être prescrites sous la surveillance étroite de l'homme de l'art.

Il va sans dire que ces règles ne s'appliquent pas à tous les cas particuliers, mais un médecin au courant des effets si variés qu'on peut obtenir avec l'hydrotérapie trouvera toujours le moyen de rendre à son malade des services signalés.

E. Vogt.

Traitement de la syphilis par les injections intramusculaires d'hermophényl par Nicolle, Médecin en chef à l'Hospice-Général de Rouen (*La Revue Méd. de Normandie* 25 avril 1902. — Nous avons déjà attiré l'attention de nos lecteurs sur ce nouveau composé mercuriel (*mercure-phénol-disulfonate de sodium*, page 283 de cette Revue (*1902*). L'auteur a expérimenté systématiquement ce produit nouveau dans son service, pendant neuf mois, dans l'espoir de se trouver en présence d'un sel mercuriel soluble présentant l'activité des composés insolubles, sans en avoir les inconvénients. L'hermophényl ne paraît pas loin de réaliser ces conditions.

Nous avons déjà rendu compte (p. 283) des résultats satisfaisants obtenus par Reynès de Marseille, qui recommande aussi bien les injections sous-cutanées que les injections intramusculaires. Nicolle, de son côté, a soumis pendant environ 7 mois, la presque totalité des syphilitiques de ses salles à ces injections.

Le nombre des malades soumis à ce mode de traitement atteint le chiffre de quatre-vingt-quatorze (49 femmes et 45 hommes) ; le nombre des injections qui leur ont été faites est supérieur à neuf cents.

La technique suivie n'a pas été tout à fait celle que Reynès a indiquée, car on fait usage d'une solution plus concentrée présentant la formule suivante :

Hermophényl... 0,10 centigrammes.
Eau distillée.... 10 grammes.
Stériliser à l'autoclave.

On en injecte deux centimètres cubes chaque séance. La quantité inoculée représente donc, sous un volume moitié moindre, une dose d'hermophényl égale à celle qu'injecte M. Reynès, soit deux centigrammes du produit ou huit milligrammes de mercure métallique.

Au début, on a pratiqué les injections d'une façon continue, sans intervalles de repos, à rai-

son de deux par semaine. Plus tard, on a reconnu qu'on pouvait, sans inconvénient, lorsque le traitement devait être prolongé plus de trois semaines, accorder aux malades au bout de ce temps une semaine de repos.

Bien que ce mode de traitement, ait été moins sévère que celui de Reynès, puisqu'au lieu de recevoir une injection tous les deux jours, les malades n'en recevaient que deux par semaine, on a néanmoins obtenu d'excellents résultats thérapeutiques.

Les inoculations ont été pratiquées toutes dans la profondeur des muscles fessiers, avec les précautions d'usage. Le malade doit être couché sur le ventre et l'aiguille enfoncée verticalement à une profondeur de 4 à 5 centimètres. Les rares accidents, d'ailleurs sans importance véritable, qui ont suivi quelques-unes de ces inoculations sont attribuables à la non observation de cette technique. Contrairement à l'opinion de Reynès, l'auteur ne croit pas que l'injection sous-cutanée d'hermophényl soit absolument exempte d'inconvénients.

Les malades soumis aux inoculations d'hermophényl appartenaient tous à la clientèle ordinaire des services spéciaux ; ils présentaient les lésions syphilitiques les plus variées ; accidents primitifs, secondaires ou tertiaires. Quelques-uns étaient atteints de chancres génitaux phagédéniques. Dans un cas, il s'agissait d'une syphilide héréditaire lupiforme.

Ce mode de traitement ne s'est montré insuffisant que dans un cas. Il s'agissait d'un chancre phagédénique, particulièrement grave, qui ne s'est amélioré qu'à la suite de l'application de pointes de feu locales. Dans ce cas, au moment où la guérison s'est montrée, on avait abandonné l'hermophényl pour les frictions mercurielles.

Un certain nombre des malades femmes, syphilitiques anciennes, étaient entrées dans le service pour des accidents vénériens, non syphilitiques : elles ont été soumises quand même aux injections d'hermophényl, car il ne peut y avoir qu'un grand avantage au point de vue de la prophylaxie de la syphilis, à traiter ainsi les syphilitiques connues toutes les fois que l'occasion s'en présente, même en l'absence d'accidents syphilitiques actuels.

Quelques-uns des malades ont quitté le service avant guérison complète : quelques hommes se sont refusés au traitement.

L'emploi systématique des injections d'hermophényl pour le traitement de la syphilis n'a présenté aucun inconvenient sérieux. Quelques rares et légers accidents paraissant relever, moins du choix du médicament employé, que de fautes de détail commises dans la technique de l'inoculation. Et. cependant, le nombre des inoculations faites à nos malades a été souvent élevé : 32 malades ont subi plus de 10 inoculations ; 2 en ont subi de 20 à 30 ; enfin, dans deux cas, le chiffre des piqûres a dépassé 30.

Il y eut un seul cas de stomatite, d'ailleurs insignifiante, après la onzième inoculation ; cette stomatite a guéri en quelques jours.

Les injections ont été suivies de la production d'une induration locale manifeste chez deux malades ayant subi déjà plusieurs piqûres, sans qu'il en soit résulté le moindre inconvénient.

L'induration, assez douloureuse, atteignait la grosseur d'une mandarine ; elle persista pendant quelques jours ; dans le second cas elle fut moins marquée.

Chez deux malades, on nota l'apparition rapide au point inoculé de douleurs s'irradiant le long du sciatique. Ces douleurs ont persisté 24 heures environ. Des symptômes analogues, mais à un degré extrêmement atténué furent notés chez deux autres malades. L'inoculation, dans ces cas, avait été faite trop profondément et au voisinage immédiat du nerf sciatique.

Chez une autre malade à la suite des 4e et 5e piqûres se manifestèrent les accidents suivants : malaise presque immédiat, vertiges, anorexie, nausées, quelques vomissements, fièvre (39° 8), et irruption urticarienne généralisée, durant de 24 à 48 heures. Si, dans ce cas, le produit inoculé avait été un composé mercuriel insoluble, la malade aurait probablement présenté des signes d'embolie pulmonaire, car il est probable que l'hermophényl a été dans ce cas, inoculé dans une veine profonde.

Il est donc capital, en matière d'injections mercurielles, d'éviter de porter le produit inoculé au voisinage du nerf sciatique ou du réseau veineux abondant qui occupe la fosse de Smirnoff. On atteint facilement ce but en faisant l'injection à la partie supérieure de la fesse.

Si l'on compare le chiffre de ces accidents, tous peu graves et relevant le plus souvent de fautes de technique qu'il sera désormais facile d'éviter, au nombre de cas traités par l'auteur et surtout au total des inoculations faites, on se rendra compte de la grande innocuité des injections d'hermophényl.

Une des malades, enceinte de deux mois, a vu sa grossesse se poursuivre sans accident, et une autre, atteinte de tuberculose pulmonaire déjà très avancée, n'a été nullement incommodée par le traitement.

En résumé, les injections intramusculaires d'hermophényl constituent un mode de traitement très efficace de la syphilis à toutes ses périodes ; elles sont d'une innocuité absolue, à la

condition d'observer les quelques précautions indiquées. Il vaut mieux ne pas employer la voie hypodermique.

La solution d'hermophényl, à 1 0/0, pourrait être remplacée avantageusement par une solution d'une concentration double. Il suffirait alors d'en injecter un centimètre cube seulement à chaque séance. La non toxicité du produit est telle qu'on peut sans hésiter, à l'avenir, en présence de cas particulièrement graves, employer des doses plus fortes et répéter plus souvent les inoculations.

E. Vogt.

Traitement de l'ulcère de jambe (*Deutsche med. Wochenschrift*, 15 mai 1902) Zeuner obtient depuis trois ans d'excellents résultats avec un traitement connu depuis longtemps, mais insuffisamment apprécié. Il s'agit de la solution aqueuse d'hypochlorite de chaux à 1 0/0, dont on imbibe un morceau de gaze un peu plus grand que l'ulcère à traiter; par dessus un morceau de taffetas gommé : une bande roulée partant du pied recouvre le tout : on change deux fois par jour le pansement.

Si l'ulcère est profond, on met sur la gaze un tampon de coton destiné à comprimer celle-ci et à faciliter son application sur le fond de l'ulcère.

Les ulcères recouverts de croûtes, et d'aspect lardacé, seront auparavant soumis à des bains locaux à l'eau de camomille ou à l'eau légèrement savonneuse. Dans d'autres cas, lorsque l'ulcère est le siège de douleurs vives et d'une inflammation marquée, on fera bien, au cours du traitement par l'hypochlorite de chaux, d'appliquer de temps en temps pendant toute une journée, des compresses imbibées d'eau blanche diluée.

Le principal avantage de l'hypochlorite consiste dans l'aspect propre que prend la plaie sous son influence.

L'auteur croit que le même pansement serait fort utile dans nombre de plaies ulcéreuses d'aspect sanieux (carcinome ulcéré par exemple); peut-être serait-il intéressant de l'employer en cas de lupus.

E. Vogt.

Le lupus érythémateux (*Soc. méd. de Berlin*, 30 avril 1902). Hollaender a fait sur cette affection une conférence importante dont nous retenons la partie thérapeutique.

Le traitement par l'air chaud, utile dans le lupus vulgaire, ne donne que de mauvais résultats. L'auteur qui dénie à cette affection une origine tuberculeuse, a adopté, après plusieurs tâtonnements une méthode thérapeutique qui lui a donné d'excellents résultats.

Localement, il prescrit des badigeonnages à la teinture d'iode : à l'intérieur, il administre la quinine en commençant par des doses faibles ; chaque dose est administrée dix minutes avant un badigeonnage.

L'orateur admet que la maladie est constituée par une modification spéciale de l'appareil glandulaire de la peau, qui sécrète une substance toxique irritant les couches cutanées superficielles. La quinine, éliminée par les glandes, possède une action antitoxique spécifique, et l'irritation produite par la teinture d'iode provoque une sorte d'appel à l'élimination abondante de quinine aux points d'application de la teinture.

Plusieurs des malades présentés à la Société, actuellement guéris, ont été inutilement traités auparavant par d'autres dermatologues.

Au cours de la discussion qui a suivi cette présentation, le Pr Lassar a déclaré avoir expérimenté la méthode nouvelle et s'en être fort bien trouvé.

Rosenthal a constaté que la teinture d'iode et la quinine ont été déjà recommandées séparément dans le traitement du lupus érythémateux : le perfectionnement heureux du procédé de Hollaender consiste dans l'emploi simultané des deux médicaments. Mais il ne faudrait pas oublier que la maladie présente une grande variabilité et que l'on peut tomber sur une série heureuse.

Hollaender réplique qu'un de ses malades, actuellement guéri, a été inutilement traité pendant une année entière par Rosenthal.

E. Vogt.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

Recherches bactériologiques sur l'infection vésicale, par R. Faltin (*in Ann. Gen. Ur.*, 1902, p. 298). — Dans les infections vésicales la flore bactérienne est très variable avec stabilité plus grande pour certaines espèces ou certains types de transition. Une mono-infection se transforme souvent en polyinfection sans que l'inverse soit vrai. Les flores cocciques, surtout staphylococciques, subsistent rarement et se transforment en flores de bacilles ou en combinaisons de bacilles et de microcoques (streptocoques surtout). Le traitement indique dans quel sens se fera le développement de la nouvelle flore. Les infections cocciques fréquentes

dans les cas récents et sans traitement sont rares dans les cas invétérés et traités.

Parmi les infections pures celles à coli-bacilles sont les plus fréquentes et l'infection se fait par l'urèthre. Le bacille pyocyanus semble avoir tendance à étouffer les autres microbes.

E. Chevalier.

Syphilis de la vessie, par M. de Margouliés (*in Ann. Gen. Ur.*, 1902, p. 385). — 1° Dans la syphilis on peut observer des ulcérations de la vessie, des gommes, de la cystite syphilitique;

2° La syphilis de la vessie ne s'accompagne pas de symptômes particuliers spécifiques;

3° Penser que les douleurs peuvent avoir le caractère spécifique, chercher les commémoratifs ou les symptômes accessoires;

4° Y penser sourtout quand les symptômes locaux ne concordent pas avec l'état général ou local;

5° Dans les cas douteux, rebelles au traitement, essayer le traitement syphilitique.

E. Chevalier.

Les calculs vésicaux et vésico-urétraux, par G. D'Urgo (*Il Policlinico. Seg. Chirurgica* N° 12 bis 1901). — Nous analysons dans le mémoire du professeur D'Urgo tout ce qui a rapport à la méthode opératoire employée par ce chirurgien. Il pratique d'habitude la cystotomie sus pubienne, c'est la méthode la plus simple et la plus avantageuse sous tous les rapports. Après désinfection et chloroformisation, précédée d'une injection de morphine, il dilate la vessie avec de l'eau stérilisée. Il n'utilise jamais la ligature élastique du pénis d'après Thompson ou Guyon, et a complètement abandonné le ballon rectal. Le malade est placé en position horizontale. On passe dans les parois de la vessie, longitudinalement, deux fils de soie à un centimètre de distance, et on incise la vessie entre les fils. Après avoir abondamment irrigué le champ opératoire avec de l'eau stérilisée, on extrait les calculs à l'aide d'une pince, qui n'est autre chose qu'une prince porte-éponge à la parotomie légèrement modifiée. La suture à deux plans, une profonde à surjet, l'autre superficielle à la Lembert, est toujours faite au catgut. Après suture des parois abdominales on laisse un petit drain de gaze dans la cavité de Retzins et on pratique le cathétérisme, pendant quelques jours, toutes les trois heures. A propos d'un cas, où il dut faire tout de suite après la cystotomie l'urétrotomie périnéale, l'auteur dit qu'on doit toujours commencer par l'opération hypogastrique, respecter l'intégrité du col de la vessie, et faire ensuite s'il est nécessaire, la périnéotomie, pour les raisons suivantes :

D'habitude la portion vesicale du calcul est la plus volumineuse. Très souvent on peut extraire complètement le calcul par la vessie.

On peut essayer de repousser dans la vessie la portion du calcul qui est restée dans l'urètre.

A. L. Percival.

Subluxation du pubis gauche et rupture totale de l'urètre membraneuse, par A. Mignox (in *Bull. Soc. Chir.*, 1902, p. 571).—Il s'agit d'un malade blessé dans une chute de cheval, avec blessure du bassin : le cathéterisme ne ramène que quelques gouttes de sang, puis de l'urine. Craignant une rupture vésicale et une infiltration d'urine, l'auteur fit l'incision sus-pubienne, découvre dans la cavité de Retzius un mélange d'urine et de sang, constate qu'il s'agit d'une luxation en arrière du pubis gauche, que la vessie n'est pas rompue, et qu'il y a une rupture complète de l'urètre membraneux ; il fait alors le cathéterisme rétrograde, en ouvrant la vessie, mais ne peut ramener en face les deux bouts de l'urètre déviés. Il fait alors une boutonnière périnéale et établit un drainage abdomino-vésico-urétral; puis, sans suturer l'urètre, ferme l'incision du périnée, la plus grande partie de plaie vésicale, tamponne la cavité de Retzius qui saigne et place la malade dans une gouttière de Bonnet.

Ultérieurement, il fallut désunir la plaie périnéale et installer une sonde de Pezzer, puis, après fermeture de la fistule hypogastrique faire une urétrotomie externe complémentaire qui amena la guérison.

E. Chevalier.

Traitement abortif de la blennorrhagie (*Soc. médicale de Berlin*, 23 avril 1902). — Blaschko considère ce traitement comme possible si la blennorrhagie n'a pas encore dépassé le troisième jour, si la sécrétion n'est pas abondante, et s'il n'existe pas de violente inflammation uréthrale.

Actuellement, l'auteur injecte le premier jour de traitement une seringue à injection ordinaire remplie d'une solution de protargol à 4 0/0 ou d'albargine à 1 ou 2 0/0 : ces solutions sont gardées pendant 3 à 5 minutes. Les jours suivants, injections avec des solutions moitié moins concentrées. Si le traitement a réussi, la sécrétion tarit au bout de quatre à cinq jours. Mais il peut arriver que quatre à huit jours après disparition de la sécrétion, celle-ci reparaisse : dans ce cas, l'essai d'un nouveau traitement abortif est inutile; une seule fois, cet essai donna un bon résultat.

On ne saurait à l'avance reconnaître les cas réfractaires.

L'orateur n'est pas partisan de la méthode de Janet pour obtenir un avortement du processus blennorrhagique; il n'est pas indiqué de distendre à ce moment l'urètre postérieur encore sain et on risque d'y propager l'infection cantonnée dans l'urètre antérieur.

E. Vogt.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. Blondel,

Chef du Laboratoire de la Maternité, à l'hôpital de la Charité

Traitement du cancer inopérable de l'utérus et du vagin par les pulvérisations de chlorure d'éthyle, par M. Howitz (*La Gynécologie*, avril 1902). — L'auteur tient à préciser qu'il ne préconise ce traitement que sous réserve des expériences ultérieures, mais qu'il croit devoir communiquer les résultats favorables que ce traitement lui a déjà donnés, afin d'engager ses confrères à expérimenter cette méthode sur une grande échelle.

M. Howitz n'a appliqué cette méthode qu'au traitement du cancer de l'utérus et du vagin inopérable, dans tous les cas où toutes les autres méthodes de traitement qu'il avait essayées auparavant : terpène, galvanocautère, vapeurs chaudes, laparotomie, etc., avaient échoué.

Le traitement ne présente pas le moindre danger et tout praticien est à même de l'employer.

Voici en quelques mots le *modus faciendi* : après raclage du tissu cancéreux, on fait un tamponnement avec de la gaze, et, quelques quelques jours après, on pratique une pulvérisation d'*anesthyle*, après avoir préalablement irrigué et desséché la partie atteinte par le cancer.

L'auteur s'est servi d'abord, pour les pluvérisations, de chlorure d'éthyle, puis il a remplacé ce dernier par l'*anesthyle*.

Chaque pulvérisation doit avoir une durée de une, deux, cinq minutes, c'est à-dire, doit être prolongée pendant le temps nécessaire pour que la partie raclée blanchisse plusieurs fois. On dessèche de nouveau et la séance est finie. En même temps les malades sont suralimentées.

Au début, le traitement a lieu tous les trois jours; puis à des intervalles plus grands.

En dehors de son action curative, l'*anesthyle* peut encore servir comme un bon moyen de reconnaître l'étendue du cancer.

M. Howitz a observé, en effet, que, sous l'action de l'*anesthyle*, les tissus normaux blanchissaient presque instantanément, tandis que les parties envahies par le cancer, avant le raclage, ne pâlissaient que très lentement. Après le raclage du tissu cancéreux, la partie raclée blanchit de même plus lentement que le tissu normal. Une congélation rapide peut donc être considérée comme un bon signe.

Au début du traitement, la suppuration est assez abondante, mais elle diffère toujours de la suppuration cancéreuse que tout le monde connaît.

Au bout d'un certain temps, on peut constater la formation de granulations volumineuses, de couleur rouge pâle, revêtues d'un épithélium normal.

L'auteur a aussi constaté que l'utérus, qui auparavant, était très peu mobile, redevenait très mobile au bout d'un certain temps de traitement. La raison n'en était pas tout à fait évidente; très probablement, la cause de cette mobilité résidait dans la disparition de l'infiltration inflammatoire.

Cette disparition de l'infiltration peut avoir quelque valeur lorsqu'on pose la question de l'extirpation totale; elle peut en effet être d'un bon pronostic pour le résultat opératoire. On a observé aussi que le flux menstruel devenait presque normal après le traitement.

Si tout va bien, les malades engraissent; si leur poids reste stationnaire, on peut en conclure qu'il reste encore des parties cancéreuses ou des métastases. Le traitement exige beaucoup de patience de la part du chirurgien : très souvent il est nécessaire de racler et de congeler de nouvelles formations cancéreuses.

M. Howitz considère ses expériences — peu nombreuses, il est vrai — comme très encourageantes. Il ne se fait pourtant pas d'illusions et ne croit pas qu'on puisse arriver à guérir, par ce traitement, d'anciens cancers, arrivés à la dernière phase de leur évolution.

Tout au plus, pourrait-on rendre à de pareils malades l'existence plus supportable et prolonger leur vie.

R. Blondel.

De l'incision médiane de l'utérus dans l'hystérectomie totale vaginale et abdominale par Kronig (Leipzig). (*Centralb. für Gynak.*, 18 janvier 1902, n° 3). — L'auteur a eu, dans ces derniers mois, 32 fois l'occasion de pratiquer l'incision médiane de l'utérus dans l'hystérectomie totale, 25 fois par la voie vaginale, 7 fois par l'abdomen. Il s'agissait : 1° d'inflammations chroniques des annexes, des poches salpingiennes suppurées; 2° de prolapsus complet de l'utérus et du vagin; 3° d'hémorragies de la ménopause et par endométrite, ayant résisté

aux autres traitements; 4° le myome utérin; 5° le carcinome utérin (2 cas); 6° une fois, il s'agissait de l'ablation par le vagin d'un kyste ovarique, et une fois de l'ablation par le vagin d'une trompe gravide chez une femme près de la ménopause.

Sur 32 cas, il y eut un décès, se rapportant à une femme de 51 ans, ayant de violentes hémorragies de la ménopause, et très anémiée.

Chez toutes les autres opérées, les suites furent normales. Le plus court séjour à la clinique fut de 12 jours, le plus long de 37 (certaines femmes restent un temps assez long après leur guérison, devant entreprendre un assez long voyage pour rentrer chez elles).

Jamais il n'y eut la moindre lésion de la vessie, des intestins ou des uretères, bien que, dans certains cas, il y eut de nombreuses adhérences avec l'utérus ou la tumeur annexielle.

L'avantage principal de l'incision médiane est de faciliter la libération de l'utérus et des annexes d'avec leurs adhérences Dans des cas d'inflammation ou de tumeur des annexes, l'auteur a opéré 10 fois par la voie vaginale et 5 fois par la voie abdominale : dans ces 5 cas, 4 fois un myome compliquait la lésion des annexes.

Dans l'hystérectomie vaginale, l'incision médiane de l'utérus est surtout avantageuse quand l'utérus est largement adhérent dans le Douglas. On commence par fendre la paroi cervicale postérieure, et par fixer une pince de Segond dans chaque lambeau. On abaisse et on continue la section de bas en haut, en pinçant toujours plus haut et en abaissant de plus en plus; on rend ainsi visibles même les adhérences du fond de l'organe. Quand la paroi antérieure de l'utérus a été également sectionnée, on a dans chaque moitié de l'organe une prise solide pour amener les annexes à la vulve et les libérer de leurs adhérences. Par ce procédé on opère facilement des poches suppurées, qu'on attire à l vulve, où on peut les vider, sans infecter le péritoine. L'auteur a opéré de même un cancer de l'ovaire droit gros comme le poing.

L'expérience personnelle de l'auteur lui permet de confirmer les avantages que Kelly reconnaît à la section médiane de l'utérus dans l'hystérectomie abdominale.

Dans l'extirpation totale de l'utérus et d'une partie du vagin pour prolapsus total, l'incision médiane présente deux avantages principaux : d'une part, elle facilite la découverte du plica vésico-utérin malgré l'élongation du col qui accompagne habituellement le prolapsus; en second lieu, elle facilite le décollement de la paroi vaginale antérieure et de la paroi vésicale jusque presque à l'orifice de l'urètre.

R. Blondel.

Emploi du protargol dans le traitement de la métrite gonococcique (*Die Heilkunde*, 4 avril 1902). Saver recommande, pour le stade aigu, le repos absolu au lit, la vessie de glace sur l'abdomen, les injections de morphine au besoin et la supression de tout traitement local, à l'exception d'irrigations vaginales désinfectantes. Quand les phénomènes aigus auront disparu, et si les annexes ne présentent aucun signe d'inflammation, on pourra intervenir localement.

L'auteur commence par dilater le canal cervical et l'orifice interne : si cette manœuvre provoque des douleurs ou un accès fébrile, on s'abstiendra de continuer le traitement.

Pour détruire les gonocoques qui ont envahi la muqueuse utérine, on s'adressera à des cautérisations fréquentes avec un désinfectant peu caustique mais agissant en profondeur ; parmi eux, la solution de protargol à 10 0/0 semble donner les meilleurs résultats. On l'appliquera 2 à 3 fois par semaine en cherchant à imbiber la muqueuse toute entière. Le tampon d'ouate bien imprégné de protargol sera laissé en place pendant 10 minutes au plus. Ce tampon une fois retiré, on le remplace par un autre imbibé d'une solution d'ichthyol à 10 0/0, qu'on laissera 12 heures en place. La malade ne gardera le lit que si elle ressent des douleurs, et l'on attendra que celles-ci aient disparu pour faire une nouvelle application de protargol.

Ce traitement suffit dans beaucoup de cas pour amener la guérison : l'écoulement devient mucopurulent, puis reprend son aspect normal et ne contient plus de gonocoques. Parfois ce résultat n'est pas atteint : on se servira alors de teinture d'iode, de la façon suivante : l'embout d'une seringue d'Hoffmann, chargée de teinture, est recouvert d'un tampon d'ouate : on introduit cet embout, après nettoyage minutieux de la sécrétion intra-utérine, dans la cavité et l'on chasse ensuite la teinture d'iode qui imbibe le tampon. Cette petite manœuvre évite les contractions utérines dues à l'irritation de l'orifice interne causé par le contact du liquide caustique.

La teinture d'iode ne sera employée qu'une fois par semaine, pour permettre à l'escharre de s'éliminer. Au bout de 2 à 3 applications, on reviendra au protargol et on obtiendra la disparition de l'écoulement purulent et des gonocoques.

E. Vogt.

Pédiâtrie

Dr THIERCELIN

Chef de clinique à la Faculté de Médecine

La bismuthose dans les affections intestinales des nourrissons. (*Med. Obosr.* n° 1, 1902). — La bismuthose, combinaison albuminoïde de bismuth, se présente sous forme d'une poudre fine et blanche, sans saveur ni odeur.

Elle gonfle dans l'eau, les acides et les bases diluées ; elle se dissout sous l'action prolongée des bases diluées.

La bismuthose ne se dissolvant pas dans le suc gastrique artificiel ni dans le suc pancréatique (dans ce dernier elle est cependant moins insoluble), il faut admettre qu'une partie de cette poudre arrive dans la partie inférieure du canal intestinal sans avoir subi de décomposition.

Brudfinski a administré la bismuthose dans 10 cas sous forme d'émulsion à 20 0/0. Les malades la prenaient avec difficulté.

La bismuthose ne présente pas, d'après l'auteur, d'avantages particuliers sur la tannalbine, la tannigère, etc. D'un autre côté, par les difficultés auxquelles on se heurte pour l'administrer, elle est inferieure aux autres préparations de bismuth.

J. Roubleff.

Convulsions chez l'enfant, par Moussous (*VIe Congrès de Médecine* 1er au 15 avril 1902). — Les convulsions ne sont qu'un symptôme, indice d'une perturbation fonctionnelle ou d'une altération matérielle des centres nerveux. Elles sont fréquentes, parce que le système nerveux de l'enfant est moins résistant et plus excitable que celui de l'adulte ; il faut bien avouer que les enfants ne réagissent pas également aux mêmes causes et qu'à ce sujet, il existe de véritables idiosyncrasies. Quel est l'avenir des enfants qui ont eu des convulsions dans l'enfance? il est incontestable que l'on trouve fréquemment dans les antécédents des épileptiques la mention de l'éclampsie infantile. Il existe des liens indéniables entre l'épilepsie et les convulsions infantiles, mais il ne faut point en exagérer l'importance. Des considérations analogues peuvent être soutenues pour d'autres névropathies. Les convulsifs infantiles peuvent aussi devenir des choréiques, des tiqueurs, des déséquilibrés, des vésaniques. Quant au strabisme, il ne semble point devoir être déterminé par les convulsions, mais par les tendances névropathiques du sujet.

Le traitement des convulsions doit toujours s'adresser avant tout à la maladie causale, au cours de laquelle elles se montrent.

Les bains tièdes ou de tilleul ont donné de bons résultats ; on peut y maintenir longtemps l'enfant, une heure ou deux heures même. Les bains froids ou le drap mouillé sont plus particulièrement indiqués, quand les convulsions surviennent au cours d'une affection fébrile. La réfrigération de la tête soit avec de l'eau, soit avec de l'éther versé goutte à goutte sur la tête de l'enfant, soit à l'aide de la glace maintenue en permanence sont de toute utilité. La chloroformisation fractionnée est un des procédés les plus efficaces pour arrêter les attaques éclamptiques.

Les émissions sanguines, la saignée ont été conseillées pour lutter contre la congestion veineuse cérébrale ou l'éclampsie urénique. Les injections de sérum artificiel opèrent le lavage du sang dans les convulsions due à une auto-intoxication ou à une toxi-infection. Les inhalations d'oxygène trouvent un emploi rationnel dans les convulsions par anoxhémie, comme dans les sténoses laryngées, la coqueluche, la broncho-pneumonie.

Si les convulsions se prolongent, la révulsion par les bains sinapisés est indiquée. Dans les cas de spasme de la glotte, si l'apnée se prolonge, s'il y a menace d'asphyxie, il faut asperger la poitrine, la figure, pratiquer la flagellation des fesses, ou avec Vogel introduire le doigt dans la bouche, jusqu'à l'épiglotte pour déterminer un vomissement et par suite une inspiration profonde ; enfin la traction rhytmée de la langue est le procédé de choix.

Les antispasmodiques sont abandonnés aujourd'hui ; l'opium et la morphine sont dangereux ; le chloral peut être donné à doses fractionnées, on peut prescrire chez les nouveau-nés de 3 à 5 centigrammes, chez les nourrissons de 5 à 15 centigrammes, chez les enfants de deux à six ans de 20 à 30 centigrammes. Par voie rectale on peut doubler la dose. Les bromures agissent moins vite, mais sont très efficaces ; l'antipyrine en lavements a été conseillée par Monteus ; on prescrit 10 à 20 centigrammes dans 10 ou 5 grammes d'eau, que l'on peut renouveler ; mais il faut être sûr alors de l'intégrité de l'appareil rénal. La ponction lombaire peut amener la sédation des convulsions dans les lésions des méninges.

Quand la convulsion est guérie, il faut que le médecin mette en œuvre tous les moyens utiles contre les tendances morbides du sujet.

P. Sainton.

Pharmacologie

Dr Vogt

Ex-Assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Préparation des pilules de créosote; par Legendre (*Rép. de pharmacie* 10 mars 1902). — Pour obtenir rapidement des pilules de créosote de grosseur et de consistance convenables, l'auteur conseille la formule suivante, pour 20 pilules, qu'on peut argenter :

Créosote	1 gramme
Chaux caustique du marbre	0 gr. 30

Ajouter une goutte d'eau et triturer; il se forme immédiatement une masse pâteuse, qu'on empêche de durcir en y incorporant :

Savon amygdalin	0 gr. 40

On achève la masse pilulaire avec une poudre inerte.

Ces pilules, qui renferment 5 centigrammes de créosote, pèsent environ 15 centigrammes chaque; elles durcissent un peu au bout de quelques jours, mais elles se ramollissent et se désagrègent facilement dans l'eau; il n'y a donc pas à craindre qu'elles traversent le tube intestinal sans se désagréger.

Si l'on voulait obtenir des pilules conservant une consistance un peu molle, il faudrait employer un peu moins de chaux et un peu plus de savon.

La formule suivante donne des pilules qui sont un peu plus grosses, mais qui ne durcissent jamais :

Créosote	1 gramme
Chaux caustique du marbre	0 gr. 20
Eau	1 goutte
Savon amygdalin	0 gr. 50
Poudre inerte	Q. S.

Diviser en 20 pilules argentées.

E. Vogt.

Formes pharmaceutiques pratiques de coton et de gaze hydrophiles, par Hélouin (*Bull. des Sc. pharmacologiques*, avril 1902). — La main du médecin est toujours infectée : elle peut donc porter l'infection sur tout ce qu'elle touche, plaies et objets de pansement, et c'est pourquoi le principe est particulièrement sage de toucher le moins possible aux plaies et de manipuler le moins possible les objets de pansement.

Aussi, à supposer que le médecin ait à sa disposition du coton hydrophile et de la gaze parfaitement stérilisés, est-il bien préférable que ces objets soient tout préparés sous la forme utilisable, c'est-à-dire tout prêts à être appliqués sur la plaie, sans avoir à subir les manipulations nécessaires pour les rouler en tampons et les découper en compresses. En outre, nombre de paquets de coton hydrophile et de gaze n'ont jamais subi la moindre stérilisation.

De plus, l'enveloppe de ces paquets ne saurait être enlevée sans souiller de poussière leur contenu et les mains de l'opérateur; et puis, cette enveloppe est si parcimonieusement découpée que, une fois déficelée, elle ne peut recouvrir le coton qui a doublé de volume et qui, dès lors, se trouve exposé à toutes les contaminations en attendant son utilisation.

Enfin, le médecin n'a à sa disposition que des récipients de fortune, suspects de malpropreté; il lui faut donc tremper tampons et compresses dans des solutions antiseptiques fortes et se priver des avantages si grands des lavages et pansements à l'eau bouillie dont il ne saurait attendre la longue préparation. En conséquence, l'auteur conseille aux pharmaciens de préparer et de tenir à la disposition des médecins des *tampons de coton hydrophile aseptique* et des *compresses de gaz hydrophile aseptique*.

Pour préparer les tampons de coton hydrophile aseptique, on découpe des carrés de ce coton, et on forme un tampon de chacun d'eux en en réunissant les quatre coins et les maintenant réunis par une légère torsion. Pour donner plus de consistance au tampon, on supprime le vide central, en enfermant dans chaque carré une petite boule de coton.

Puis on plonge les tampons dans de l'eau distillée qu'on maintient à l'ébullition pendant quinze minutes et on répartit tampons et liquide dans des flacons à large ouverture ayant séjourné eux-mêmes au préalable dans l'eau bouillante.

On préparera de la même manière, des tampons de coton mis à bouillir et conservés dans des solutions antiseptiques faibles (eau phéniquée à 2 0/0 et colorée en rose par l'éosine ou solution de sublimé à 0 gr. 10 0/00 et colorée en bleu par le carmin d'indigo).

Pour utiliser les tampons ainsi préparés, le médecin n'aura qu'à déboucher le flacon et à y puiser les uns ou les autres avec une pince flambée à la flamme de l'alcool.

Avec un peu d'adresse, il pourra, grâce à ce dispositif, laver et panser une plaie avec une rigoureuse aseptie, tout en évitant de toucher les tampons du côté où ils seront mis au contact de la plaie.

E. Vogt.

Le lygosinate de quinine (*Centrabl. f. Chirurgie* n° 1-1902). — Hevesi a expérimenté ce sel

nouveau, obtenu en combinant la quinine et la lygosine, produit dérivé par synthèse de l'aldéhyde salicylique.

Le lygosinate de quinine est une poudre orangée, presque insoluble dans l'eau, facilement soluble dans l'alcool, la benzine et le chloroforme, contenant 70,8 0/0 de quinine, de saveur amère et d'odeur légèrement aromatique. L'action bactéricide est très marquée, la toxicité extrêmement faible.

La préparation a été utilisée, pendant un an et demi, à la clinique chirurgicale de Klausenburg (Hongrie) comme topique, sous forme de gaze ou en suspension dans de la glycérine. Appliquée en couche mince sur des plaies infectées ou gangréneuses, la poudre produit un effet antiputride et désinfectant énergique : les plaies se couvrent rapidement de granulations rosées de bonne nature. Les ulcérations épithéliomateuses perdent, sous l'influence de ce topique, leur mauvaise odeur et leur mauvaise sécrétion.

Le mélange glycériné a 10 0/0 a été introduit dans les plaies et fistules causées par la carie osseuse et l'adénite scrofuleuse.

La gaze à 30 0/0 a servi à faire de nombreux pansements.

Le lygosinate de quinine possède en outre des propriétés hémostatiques marquées. qui ont été utilisées dans plusieurs cas d'hémorragies parenchymateuses. Dans deux cas où la gaze iodoformée ne put enrayer l'hémorragie, la gaze à 30 0/0 permit d'obtenir l'hémostase. Cette action est due à une coagulation simple du sang, sans effet caustique.

L'auteur n'a jamais enregistré d'accidents attribuables à une action toxique du médicament.

E. Vogt.

Communications nouvelles concernant l'aspirine (*Munch. med. Wochenschrift*, n° 9, 1902). — Nous retiendrons du travail de Merkel, qui se rapporte en partie à des faits déjà connus de nos lecteurs, l'emploi de l'aspirine dans les attaques de goutte. L'auteur dispose de 4 cas graves traités précédemment par le salicylate de soude et les injections de morphine. L'administration de 5 grammes d'aspirine le premier jour, et de 4 grammes les jours suivants, produisit une action calmante supérieure à celle obtenue avec les médicaments prescrits auparavant.

Dans l'arthrite déformante, l'action du médicament est nulle ; seules, les poussées aiguës sont influencées.

L'aspirine sera donnée de préférence par prises d'un gramme, d'heure en heure, dans le cours de l'après-midi. On évitera les liquides alcalins pendant le traitement, pour empêcher la décomposition intrastomacale du produit.

E. Vogt.

L'alcarnose, préparation alimentaire : sa valeur diététique et thérapeutique (*Therap. Monatshfete*, mai 1902). — Goldmann publie une étude sur ce produit nouveau, contenant 23,6 0/0 d'albumoses, 55,3 0/0 de maltose et autres hydrocarbures, 17,7 0/0 de graisses, 3,4 0/0 de sels (y compris du fer et de phosphate de potasse). La préparation a l'avantage de renfermer tous les aliments nécessaires à l'organisme sous une forme très assimilable ; elle ne cause aucun trouble digestif, et les fébricitants la supportent très bien. On peut l'incorporer à toute espèce de liquide.

L'alcarnose présente, en outre, une valeur thérapeutique dans certaines affections du tube digestif : elle permet le repos relatif de l'organe atteint. On peut la prescrire en lavements, quand existe une intolérance gastrique trop accentuée.

E. Vogt.

Glycosolvol (*Med. Obosr.* n° 4, 1902). — Le glycosolvol s'obtient par l'action chimique de l'acide oxypropionique sur la pepsine chimiquement pure et du théobrominate de soude sur la trypsine extraite des glandes pancréatiques du bétail.

D'après Ligner qui le premier a obtenu le glycosolvol, ce dernier possède la propriété de décomposer très rapidement et même à très faibles doses, les hydrocarbures en les transformant en des combinaisons facilement assimilables.

Levachoff a expérimenté le glycosolvol dans quelques cas de diabète ; se basant sur ces observations, l'auteur ne croit pas que le glycosolvol seul, même à hautes doses, exerce une action efficace dans cette affection.

J. Roubleff.

Action thérapeutique d'applications thermiques de température invariable (*Soc. des médecins de Vienne*, 4 avril 1902). — Ullmann présente à la Société un appareil tubulaire spécial à circulation d'eau chaude, qu'il appelle *hydrothermorégulateur*. L'appareil peut donner une chaleur constante d'une durée illimitée.

Les expériences ont démontré que le tégument externe supporte jusqu'à 41,5°, les muqueuses 45° pendant un long espace de temps sans aucun inconvénient.

Les affections suivantes ont été traitées par la méthode :

1° *Chancres mous d'allure torpide*, transformés en 36 à 48 heures en une surface cou-

verte de belles granulations : ce résultat ne sera obtenu que si les thermodes (noms donnés aux tubes dans lesquels circule l'eau chaude) s'appliquent bien exactement sur la lésion;

2° *Arthrites blennorrhagiques.* — Guérison en trois semaines environ. Même résultat dans des cas d'ankyloses anciennes;

3° *Epididymites.* — Guérison obtenue avec une rapidité étonnante, résorption complète de l'infiltration;

4° *Prostatites anciennnes.* — Guérison obtenue par l'application intrarectale des thermodes.

Les séances ont duré 3 heures dans toutes les expériences.

En résumé, la méthode présente l'avantage d'être d'application facile et de n'offrir aucun danger.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

MÉDICATIONS TONIQUES (*Suite*).

Préparation de Kola.

Poudre. — 1 à 5 grammes en cachets.

Granulé (au 1/10e d'extrait) 1 à 4 c. à café.

Extrait alcoolique, 0 gr. 20 à 2 grammes. *Enfant* 0 gr. 02 à 0 gr. 05 par année.

Extrait fluide. — 1 à 5 grammes (XLV gouttes pèsent 1 gramme). *Enfant* XX gouttes par année.

Teinture alcoolique (au 8e) (LIII gouttes pèsent 1 gramme) 2 à 10 grammes. *Enfant,* X à XV gouttes par année.

Vin. — 30 à 50 grammes.

Poudre de Kola..... } ãã 0 gr. 40
Glycéro-phosphate de chaux..... }
Poudre de noix vomique. 0 gr. 05

Pour 1 cachet, 2 à chaque repas.

Elixir de Garus..... 150 grammes
Teinture de Kola..... 10 —

2 cuillerées à soupe par jour.

Extrait alcoolique de noix de Kola..... 10 grammes
Glycérine pure à 30°... 60 —
Alcool à 90°..... 500 —
Sirop de sucre..... 200 —
Teinture de vanille.... 20 —
Eau..... qs. pour un litre.

20 grammes renferment 0 gr. 20 d'extrait. (Formulaire des Pharmaciens du Loiret).

Teinture de Kola... } ãã 25 grammes
Teinture d'écorces d'oranges amères. }

1 cuillerée à café dans de l'eau sucrée ou du vin, deux fois par jour.

Extrait fluide de Kola ..... } ãã 30 grammes
Extrait fluide de coca }
Glycérine.....

2 à 3 cuillerées à café par jour.

Extrait de Kola ..... 0 gr. 10
Poudre de quinquina... 20 grammes

Pour 1 pilule, 4 à 10 par jour.

Sirop d'écorces d'oranges amères..... 300 grammes
Extrait fluide de Kola.. 20 —

1 cuillerée à soupe à chaque repas.

Extrait fluide de Kola..... } ãã 15 grammes
Extrait fluide de coca }
Biphosphate de chaux..... .. 20 —
Vin..... qs. pour un litre.

Un verre à liqueur à chaque repas.

Préparations de coca.

Extrait alcoolique. — 2 à 4 grammes. *Enfant,* 0 gr. 10 par année.

Extrait fluide. — 2 à 5 grammes (XLV gouttes pèsent 1 gramme). *Enfant* XX gouttes par année.

Teinture (au 5e), (LIII gouttes pèsent 1 gramme). 5 à 10 grammes. *Enfant,* X à XV gouttes par année.

Vin. — 30 à 60 grammes.

Feuilles de coca concassées..... 60 grammes
Alcool à 60°. ..... 120 —
Vin de Malaga blanc... 500 —
Sirop de sucre..... 350 —
Eau distillée..... qs. pour un litre.

1 cuillerée à soupe à chaque repas. (Formulaire des Pharmaciens du Loiret).

Teinture de coca.. } ãã 45 grammes
Teinture de quinquina..... }

1 cuillerée à café dans l'eau, après les repas.

Vin de coca..... } ãã 250 grammes
Vin de Kola.... . }

Un verre de liqueur après chaque repas.

Extrait fluide de coca. 30 grammes
Vin de Frontignan.... 970 —
Un verre de liqueur après chaque repas.

Fer :

Parmi les nombreuses préparations martiales, il en est un certain nombre qui doivent être utilisées de préférence, en raison de leur efficacité et aussi de la tolérance de l'estomac à leur égard. D'autre part, il vaut mieux prescrire ces préparations en cachets, pilules ou solution que sous forme de vin.

Pilules de Blancard ou de Vallet (carbonate de fer), 2 à 10 par jour (0 gr. 10 par pilules).

Protochlorure de fer... 0 gr. 10
Poudre de gomme..... } àâ 0 gr. 05
Poudre de réglisse..... }
Eau..... qs.
Pour 1 pilule toluisée. 1 à 4 par jour.

Citrate de fer ammoniacal..... 10 grammes
Eau distillée de menthe. 50 —
Eau distillée. qs. pour 200 —
1 cuillerée à café contient 0 gr. 25 de sel.
1 cuillerée à café par repas.

Pilules de Blancard (iodure de fer) à 0 gr. 05 par pilule. 4 par jour.

Sirop d'iodure de fer (0 gr. 10 par cuillerée à soupe). 2 cuillerées à soupe par jour.

Protoxalate de fer..... 0 gr. 20
Poudre de rhubarbe..... 0 gr. 10
Pour 1 cachet. 2 par jour.

Protoxalate de fer..... 0 gr. 10
Extrait de gentiane..... 0 gr. 05
Pour 1 pilule. 2 à 4 par jour.

Sous-carbonate de fer.... 0 gr. 25
Poudre de gentiane..... 0 gr. 15
Magnésie calcinée..... 0 gr. 10
Pour 1 cachet. 2 par jour.

Sirop de tartrate ferrico-potassique (0 gr. 20 par cuillerée à soupe). 2 cuillerées à soupe par jour.

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Nécrologie. — M. le Pr Polaillon, chirugien honoraire de l'Hôtel-Dieu et membre de l'Académie de médecine, M. le Dr Baudron, accoucheur des hôpitaux, mort à 38 ans. M. le Dr Falret, médecin de la Salpêtrière.

Le centenaire de l'Internat. — Il y a un siècle — c'était exactement le 25 février 1802 — l'internat des hôpitaux était fondé. Ce centenaire a été fêté en deux journées samedi et dimanche. La première journée comportait une séance au Trocadéro et un banquet au Palais d'Orsay : la seconde, une messe solennelle à Notre-Dame, l'inauguration d'un monument commémoratif à l'Hôtel-Dieu, et une représentation de gala à l'Opéra-Comique.

La séance solennelle avait réuni, samedi à deux heures, dans la salle des fêtes du Trocadéro, une assistance nombreuse.

M. Waldeck-Rousseau présidait. Le président de la République s'était fait représenter par un officier de sa maison militaire.

Des discours ont été prononcés par MM. Brouardel, Debove, Mourier, Henrot, Zembickl, et par le Président du Conseil.

Le dimanche matin, à onze heures, une messe solennelle a été célébrée en l'église métropolitaine de Notre-dame, à la mémoire des internes morts au cours de leurs études.

A deux heures, l'après-midi, a été inauguré le monument élevé dans la cour d'honneur de l'Hôtel-Dieu. Ce monument, dû au ciseau du sculpteur Denys Puech, se compose d'une stèle de marbre, ornée d'un groupe émouvant : un enfant étouffe, étendu sur son lit de souffrance ; une sœur de charité maintient la tête immobile, tandis que le professeur opère et que les internes suivent chaque mouvement de sa main experte.

M. Guyon, commentant l'œuvre du sculpteur, a parlé en termes émus de ces jeunes gens qui « viennent de franchir le seuil de l'avenir et qui faisaient le rêve si beau de combattre la mort, lorsqu'elle les a surpris. » Il n'a pas été possible de retrouver les noms de ces victimes ; beaucoup de ces noms ont disparu, dans les archives de l'Assistance publique. Ils n'ont pu être retrouvés. M. Guyon a donné lecture de ceux qui sont inscrits sur le socle du monument depuis ceux de Bujon et Chenevière (1839) jusqu'à celui de Nollet (1902). Quatre maladies : la fièvre typhoïde (13 morts), les piqûres anatomiques (10), la diphtérie (7), le choléra (4) ont fait au total 34 victimes, la 35e a succombé à la variole.

Le milieu hospitalier a dit le Pr Guyon, où

règne sans interruption la souffrance, est un terrain où doit naître et grandir le dévouement. Il n'en est pas de plus favorable au développement de ce sentiment de solidarité, qui, malgré tant d'apparences autorisant le doute, existe dans le cœur des hommes. Il y fait parfois de longs sommeils; que des circonstances favorables se présentent il s'éveille et bientôt y domine.

En terminant, M. Guyon a remis le monument, au nom de ses collègues, au directeur de l'Assistance publique.

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies de la digestion, *cures rationnelles* par le Dr E. Monnin. In-16 diamant cartonné, avec fers spéciaux. Prix : 4 francs le volume. (Octave Doin, éditeur, 8 place de l'Odéon, Paris.)

Dans ce nouveau volume de moins de 400 pages, le Dr Monnin nous expose, en vingt-cinq chapitres, tout ce qui se rapporte à l'hygiène préventive ainsi qu'au traitement curatif de l'estomac, du foie et de l'intestin. C'est un ouvrage unique en son genre, parce qu'il renferme, sous une forme attrayante et littéraire les méthodes et les formules pratiques les plus efficaces.

Les Maladies de la Digestion s'adressent aussi bien au médecin praticien qu'au public intelligent et soucieux de sa santé.

Maladies nerveuses. Diagnostic. Traitement, par J. Vires (de Montpellier). Masson éditeurs, 613 pages. Préface du Pr Raymond.

Le temps n'est point encore très éloigné où, en présence d'une maladie nerveuse, le médecin se déclarait à peu près impuissant. Les progrès réalisés dans l'étude des névropathies au point de vue clinique aussi bien qu'au point de vue pathogénique, ont permis à la thérapeutique d'être plus active et mieux appliquée qu'autrefois. Ce sont les diverses ressources du traitement qui sont exposées dans le livre très documenté de M. Vires; il a eu soin de faire précéder chaque chapitre de notions simples et précises susceptibles d'étayer et de confirmer le diagnostic. L'auteur a adopté l'ordre alphabétique qui permet des recherches faciles et rapides. Tout en résumant l'état actuel de la science, il a su faire œuvre personnelle en opérant, au milieu de tous les modes thérapeutiques préconisés, une sélection éclairée qui fait de cet ouvrage un livre essentiellement utile, que le praticien aussi bien que le spécialiste consulteront avec fruit.

Les oxydations de l'organisme, par E. Enriquez, médecin des hôpitaux de Paris et J.-A. Sicard chef de clinique à la Faculté de médecine (*Actualités médicales*). 1 vol. in-16 de 90 p. cartonné : 1 fr. 50. Librairie J.-B Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

L'étude des ferments solubles, bien qu'abordée il y a déjà un demi-siècle, est restée longtemps stationnaire, alors que celle des ferments organisés, des microbes, a subi sous l'influence de Pasteur l'essor que l'on connaît. Mais, par un de ces retours dont l'histoire scientifique offre plus d'un exemple, ces recherches sur le mécanisme pathogénique des agents microbiens en nous faisant connaître les toxines et leurs propriétés, nous ont montré les analogies remarquables qui existaient entre les produits de sécrétions microbiennes et les diastases, et de ce fait, les biologistes ont été ramenés de nouveau à l'étude attentive des ferments solubles.

D'autre part, les travaux réalisés par Metchnikoff et ses élèves sur les cytotoxines ont ouvert aux médecins une voie nouvelle qui permet de concevoir les plus belles espérances dans le domaine thérapeutique. De plus en plus l'orientation scientifique est dirigée vers l'étude des sécrétions cellulaires et des ferments solubles.

Nlle Imprimerie, E. Lesnier dir., 35-37, rue St-Lazare, Paris — *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

La loi sur la Santé publique et les épidémies de fièvre typhoïde en province.

Par le Dr Fressinger, *membre correspondant de l'Académie de médecine.*

La loi sur la santé publique qui vient d'être promulguée par le Sénat est loin de clore les difficultés. En ce qui est des relations qui mettent en présence les maires et les préfets, elle est empreinte d'un esprit ingénu. Le maire avise le préfet d'une épidémie, c'est au préfet de prendre les mesures. Mais si le maire ne veut rien dire, s'il est en plus homme d'une fonction élective qui lui donne de l'autorité, député ou sénateur, que pourra bien faire le préfet? Admettre que le pauvre fonctionnaire insiste, il n'arrivera à rien. Ou plutôt si, il arrivera à perdre sa place et à se faire mettre en disponibilité. Pour avoir fait son devoir, on le traitera de clérical. En sorte que se trouvant remercié, ses protestations ne risquent plus de gêner le maire, le politicien en fonctions qui se soucie bien moins de la santé publique que de sa réélection. Une épidémie sévit; il cachera l'épidémie, soutiendra qu'elle n'existe pas, que ceux qui la dénoncent n'agissent que par esprit de parti et pour attaquer les actes de la municipalité. Un médecin élèvera la voix; il sera accusé de faire de la politique; devant la persistance de l'épidémie, il continuera sa campagne, indiquera les mesures à prendre, Il sera considéré comme l'ennemi de la ville; c'est lui qui ruine le commerce, dépeuple les hôtels, vide les magasins des petits boutiquiers. Les étrangers n'arrivent plus, c'est sa faute si plus personne ne fait ses affaires et si la ville est en train de courir à sa perte. Haro ! sur le médecin, c'est l'ennemi du peuple, débarrassons-en le pays. Par celles considérations trouvent jour à l'occasion d'une épidémie de fièvre typhoïde qui sévit depuis sept ans dans une petite ville de province, à Saint-Claude.

Cette épidémie de Saint-Claude, outre la lumière qu'elle jette sur les mœurs de certains maires aux prises avec des questions d'hygiène, comporte un enseignement d'ordre exclusivement médical et pratique. Il montre combien au bout de quelques années, si l'on ne s'en tient qu'à la répartition des malades dans une ville, il est difficile de mettre la main sur la cause première de l'épidémie. Les typhoïdiques s'alitent en effet dans certains quartiers de préférence; certaines maisons se sont remplies, quand d'autres quartiers, alimentés par les mêmes eaux, alitent un chiffre de malades infiniment plus restreint. Cette localisation de la fièvre typhoïde pour des districts déterminés tient tout simplement à l'entrée en scène des causes secondes : la contagion directe ou indirecte groupe les malades les uns à côté des autres. Mais la cause primordiale, celle qui est à la racine de chaque reprise épidémique, c'est la contamination des eaux — Celle-ci à Saint-Claude est indéniable.

Après chaque période pluviale, les eaux de boisson sont troubles. L'eau d'alimentation est fournie par une source, la source des Foules, qui émerge de la montagne. M. le Pr Chantemesse qui était venu sur les lieux pour étudier la question, avait fait observer d'une part que le sol de la montagne était calcaire, fissuré de crevasses, conséquemment, que des infiltrations venant du haut du plateau pouvaient fort bien pénétrer jusqu'à la source; la seconde de ces constatations établissait que bien que la fièvre typhoïde manifestait sa préférence pour certains quartiers, ceux qui sont à l'extrémité de la canalisation, cependant tous les points de la ville qui recevaient l'eau des Foules avaient présenté des cas. Seules restaient indemnes les extrémités des faubourgs qui, elles, étaient alimentées par d'autres eaux.

Aussi bien la situation était grave. Depuis 1896 une centaine de typhiques s'alitaient chaque année; quinze jours à un mois après les grosses pluies, les recrudescences s'opéraient. A la saison d'automne l'épidémie battait son plein. Les femmes, les jeunes filles payaient surtout leur tribut à l'infection et succombaient. Je ne reviendrai pas sur les particularités cliniques de cette épidémie que j'ai signalées dans plusieurs mémoires à l'Académie.

Je me contenterai d'attirer l'attention sur les résultats fournis par les analyses des eaux. La municipalité soutenait que les eaux étaient d'excellente qualité; en effet son opinion s'appuyait sur des documents en apparence probants : plusieurs analyses faites au Comité consultatif d'hygiène de France avaient déclarée les eaux très bonnes. Intrigué devant la persistance de l'épidémie, j'examinai les eaux en 1900, et après les pluies, alors qu'elles étaient troubles. J'y trouvai du coli bacille; j'envoyai des échantillons dans des bouteilles stérilisées à M. le Pr Roux (de Lyon). Ce dernier confirma ma recherche. Les eaux renfermaient du coli bacille authentique. Au bout de quelques jours, tout rentrait dans l'ordre. Les eaux redevenaient claires, le coli bacille disparaissait. En sorte que les analyses de la municipalité conduisaient fatalement à une conclusion opposée des miennes. Les eaux sont mauvaises, disais-je au maire. Les eaux sont bonnes répliquait-il.

Sur ces entrefaites j'appris que cette pureté des eaux dans les analyses municipales, n'était pas aussi permanente que le maire le voulait bien dire. Dès 1896, il y avait eu un résultat positif. Le laboratoire du Comité consultatif d'hygiène de France avait déclaré les eaux impropres à la consommation. Elles renfermaient du coli bacille et toutes sortes de germes putrides. Cette analyse fut cachée à la population. La municipalité espérait toujours qu'il s'était trompé.

Les preuves cependant se succédaient. J'avais été fort frappé de ce fait. En 1894, et 1895, quelque mois avant l'épidémie de Saint-Claude, des fièvres typhoïdes avaient régné sur la montagne qui domine la source des Foules. C'était tout au haut du plateau, à une altitude qui dominait la source de 600 mètres environ et à une distance de 7 à 8 kilomètres. Il y avait là une série de maisons appelées la Chaux-Beilliod et où s'étaient alitées des typhiques. A trois cents mètres d'une de ces habitations et au dessous d'elle, coulait un ruisseau qui après quelques centaines de mètres de cours, allait se perdre dans le sol. Ce ruisseau alimentait-il la source des Foules? M. le Pr Fournier (de Besançon) très connu pour ses travaux de géologie, vint étudier le terrain sur place. Il conclut que la source des Foules n'est pas une source, mais une rivière. Cette rivière vient de la haute montagne elle est certainement alimenté par le ruisseau qui s'enfonce dans le sol à la Chaux-Beilliod.

Je me résume. Voici une ville où depuis 1896, se sont alités huit cents typhiques. Rien n'a été fait.

Il semble que cette loi sur la santé publiquue devrait être modifiée. De pareils exemples ne devraient pouvoir être renouvelés. Ce ne sont pas les préfets et le ministère qui devraient avoir charge de la santé publique. Trop de soucis d'un autre ordre les retiennent et les entravent. Dans ces questions d'epidémiologie, l'Académie et le Comité consultatif d'hygiène de France devraient avoir la haute main. Ce sont les deux Sociétés tout naturnellement désignées. Seulement il convient qu'elles aient pouvoir de faire exécuter leurs décisions et à cet égard, il faudrait que la législation fût remaniée. — Au lieu d'être en matière d'hygiène sous la dépendance des hommes politiques, c'est aux hommes politiqnes de se rendre aux injonctions des médecins, Les maires des communes et les préfets ne communiqueront plus avec le ministére, mais avec l'Académie. — Pareille réforme s'impose pour l'avenir. Seule, elle empêchera le retour d'abus pareils à celui que j'ai signalé et qui, je le sais, trouvent encore jour dans d'autres villes où c'est le moindre souci des maires, de s'occuper de la santé publique.

FELIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon, Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Par Membre de l'Académie de médecine Chirurgien de la Pitié.

BERGER
Professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris, Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de l'hôpital Beaujon.

PONCET
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon Correspondant de l'Académie de Médecine.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois

Chaque livraison de la *Revue de Médecine* contient de 5 à 6 feuilles grand in-8 ; chaque livraison de la *Revue de Chirurgie* contient de 8 à 9 feuilles grand in-8.

PRIX D'ABONNEMENT :

Pour la Revue de Médecine		Pour la Revue de Chirurgie	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	30 fr.
— Départements et étranger	23 fr.	— Départements et étranger	33 fr.
La livraison, 2 francs.		La livraison, 3 francs.	

Les *deux Revues* réunies, un an, Paris, **45** francs. — Départements et Étranger, **50** francs

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale

TRAVAUX ORIGINAUX

LA CHOLÉLITHIASE ET SON TRAITEMENT (1)

Hôpital Laënnec. — M. Hirtz. 15 février 1902.

On a considéré pendant longtemps la lithiase biliaire comme une expression de la *bradytrophie* ou ralentissement de la nutrition (Bouchard). C'est en 1871, au congrès de Wiesbaden que Nauhnin fit ressortir l'importance de l'infection des canaux excréteurs du foie, fait auquel, du reste, dès 1886, Galippe avait fait une certaine allusion à propos de ses études sur les calculs salivaires. Enfin, plus récemment, Hanot, Gilbert, Louis Fournier et Mignot ont apporté à la théorie infectieuse une démonstration expérimentale en déterminant les phénomènes lithiasiques chez les animaux par l'infection des voies biliaires au moyen du bacille d'Eberth.

Toutefois, si le rôle de l'infection est incontestable en nombre de circonstances, il ne fait pas abandonner complétement les théories humorales anciennes, et il est juste, dans la pathogénie de la cholélithiase, de réserver, notamment, une grande part d'influence à l'arthritisme, et à cette forme particulière de l'héridité morbide que Glénard et Gilbert ont décrite sous le nom d'*hépatisme héréditaire*. C'est surtout pour la thérapeutique que ces considérations présentent un réel intérêt pratique, car elles seront précisément la base de notre intervention prophylactique, celle-ci devant de plus en plus, ainsi que nous le verrons, constituer la part incontestée du traitement purement médical des accidents dépendant de la lithiase biliaire. Par contre, la notion de l'infection trouvera son utilité quand il sera question de déterminer les indications de l'intervention chirurgicale.

Les calculs biliaires sont surtout fréquents à partir de 60 ans. D'après une statistique de Recklinghausen, portant sur un nombre considérable d'autopsies, ils existent dans la proportion de 25 0/0 chez les individus ayant dépassé cette époque de la vie. Il sont manifestement plus fréquents dans le sexe féminin : en général, on compte un homme lithiasique pour cinq femmes. Kehr, sur 174 sujets opérés pour des accidents de cholélithiase, a relevé 23 hommes et 151 femmes. Cette prédominance de la maladie chez les femmes tient à diverses circonstances, telles que la grossesse (99 femmes enceintes sur 115 lithiasiques), la lactation, la ménopause, l'abus du corset, qui ont pour effet d'entraver dans une plus ou moins large mesure la circulation hépatique.

Ces calculs, de couleur vert foncé, vert clair, ou jaune fauve, sont tantôt petits, nombreux, de forme polyédrique ou à facettes (ce qui est dû au tassement), tantôt au contraire en nombre restreint, quelquefois uniques, de forme sphérique, ovoïde ou plus ou moins irrégulière, et d'un volume assez considérable. Le volume est celui d'un pois, d'un haricot, d'un œuf de pigeon ou d'une noix. Meckel a cité le cas extraordinaire d'un calcul biliaire qui mesurait 15 centimètres de longueur sur 13 centimètres d'épais-

(1) Leçon recueillie par le Dr Laporte.

seur ! Leur nombre qui est habituellement d'une dizaine tout au plus, peut atteindre dans des cas exceptionnels des chiffres invraisemblables : Morgagni en a compté 3000, Nauhnin jusqu'à 5000 ! Ces calculs ont une consistance plus ou moins molle et sont essentiellement constitués par des couches stratifiées de cholestérine et de sel de chaux en combinaison avec les acides biliaires (bilirubinate de chaux). Vous connaissez leurs migrations à travers le canal cystique et le cholédoque d'où ils passent dans l'intestin, en donnant lieu à ce cortège de symptômes douloureux constituant la *colique hépatique*. Vous savez que le calcul engagé dans le canal excréteur peut s'arrêter en chemin et empêcher le cours de la bile, en donnant lieu à un ictère par retention. D'une manière ou d'une autre, la présence des calculs dans les voies biliaires peut déterminer des accidents plus ou moins graves, tels que l'empyème de la vésicule biliaire, l'angio-cholite, la congestion lente et chronique du foie, et même une cirrhose hépatique ; enfin les calculs volumineux peuvent amener la rupture des voies biliaires, accident rare, dont j'ai vu un cas suivi de syncope mortelle. La rupture de la vésicule peut se produire également sous l'influence d'un traumatisme, et si la bile est infectée, il s'ensuit une péritonite mortelle.

Parfois, le calcul est le point de départ de divers processus ulcéreux déterminant des adhérences, avec les organes voisins : le colon transverse, le péritoine, le pylore, l'épiploon : ces adhérences peuvent, au cours des interventions chirurgicales, donner lieu à des difficultés ou à des accidents opératoires. Ou bien, il peut s'établir une fistule biliaire, soit cutanée, soit intestinale, stomacale, et même pulmonaire et bronchique ; dans des cas exceptionnels, la bile pénètre dans les voies urinaires. On observe enfin des fistules rétro-péritonéales.

La lithiase hépatique peut rester absolument silencieuse puisqu'on retrouve assez souvent des calculs bilaires à l'autopsie des vieillards n'ayant jamais souffert pendant leur vie. Mais le plus souvent elle se traduit par des crises de colique hépatique. Ce symptôme, lorsqu'il présente son allure classique, est facile à reconnaître, mais il faut se défier des formes frustes qui simulent à s'y méprendre la névralgie intercostale ou la gastralgie. On sera presque en droit de soupçonner la lithiase lorsque chez un sujet souffrant de gastralgie on ne trouvera aucun commémoratif témoignant d'un état dyspeptique nettement caractérisé. Chez les vieillards, l'accès révèle cet aspect de pseudo-fièvre intermittente, qui a été signalé par Charcot; il est caractérisé par l'absence de phénomènes douloureux locaux, mais aussi par l'inaction du sulfate de quinine, et sitôt que l'attention est éveillée sur ce point, on ne tarde pas à découvrir, dans l'examen des matières fécales ou des urines, des signes non douteux de cholélithiase.

Voyons maintenant quelle conduite médicale est à suivre en présence d'un malade atteint de cholélithiase.

Tant que les troubles restent cantonnés dans la vésicule et son canal excréteur, et qu'il n'existe ni compression des canalicules intra-hépatiques, ni infection aiguë ou chronique des voies biliaires, la thérapeutique reste médicale.

Mais quand on voit survenir la compression, l'inflammation et l'infection des voies biliaires, la cholécystite, l'angiocholite, etc., le traitement purement médical doit faire place à l'intervention chirurgicale.

Le domaine du traitement médical est plus étendu qu'on ne pense. Un médecin prudent et avisé, qui s'enquiert soigneusement des antécédents héréditaires et familiaux de ses malades, n'attend pas que la première crise de colique hépatique se déclare ; il la prévoit et la prévient. A certaines crampes d'estomac d'une allure particulière, à quelques signes de sub-ictère se répétant à intervalles plus ou moins éloignés, il sait dépister

l'affection latente; il surveille, conseille, pour épargner à son malade la manifestation tapageuse qui se prépare ou tout au moins pour l'atténuer.

Ce traitement prophylactique consiste à éloigner les causes déterminantes de la colique hépatique; il comprend l'hygiène et le régime.

Les malades devront éviter toute fatigue, physique ou intellectuelle, les courses longues, à pied ou en voiture, les travaux prolongés, les purgations intempestives et répétées.

On recommandera aux femmes de ne point porter de corset fortement serré, de réduire le nombre de leurs visites mondaines, d'éviter autant que possible les séances d'essayage chez les couturières, où pour satisfaire la mode la femme sacrifie le libre jeu de ses organes. Nous étudierons tout à l'heure le régime particulier qui convient à ces malades.

Le traitement de la crise elle-même varie suivant son intensité et les caractères particuliers qu'elle présente.

Quand les crises sont légères, on se bornera à prescrire une diète modérée et le régime lacté mitigé; quand elles sont plus accentuées, on soumettra les malades au régime lacté absolu. Le lait se donne additionné d'eau de Vichy, de thé chaud, etc. On maintiendra les malades au repos au lit durant la période d'acuité de la crise.

En outre, on calmera la douleur, soit par des bains à 36° prolongés pendant 25 minutes à une heure, soit par l'application *loco dolenti* de cataplasmes laudanisés, du sac d'eau chaude, de liniments, tels que celui-ci :

Huile de jusquiame	150	grammes
Chloroforme	4	—
Laudanum	20	—

Concurremment, vous prescrivez une potion formulée de la façon suivante :

Eau chloroformée	125	grammes
Sirop de codéine	50	—
Analgésine	2	—

à prendre par cuillerées à soupe de demi-heure en demi-heure.

En général la moitié de la potion suffit; mais il n'y a pas d'inconvénient à aller jusqu'au bout si les souffrances sont vives et persistantes.

Lorsqu'on désire réaliser la médication analgésique par la voie rectale, on peut administrer un lavement ainsi composé :

Eau bouillie	125	grammes
Laudanum de Sydenham	XV	gouttes
Analgésine	2	grammes

Après administration préalable d'un lavement évacuateur. Ce lavement calmant sera gardé.

Tel sera le traitement des crises de faible ou moyenne intensité.

Dans les crises violentes, on fera des injections morphinées aux doses de 1 centigr., 1 centigr. et demi et 2 centigr., mais en ayant soin, surtout lorsqu'on ignore la susceptibilité du sujet, de commencer par un demi-centigramme; si cette première dose est bien supportée, une heure plus tard on pourra injecter une nouvelle dose d'un demi-centigramme ou d'un centigramme. L'injection d'emblée d'une dose forte peut produire en effet dans certains cas des accidents syncopaux tout au moins alarmants.

Au surplus, la morphine est contre-indiquée chez les cardiaques, les artério-scléreux, les gens à cœur faible et surtout à mauvaise élimination rénale. On a observé malheureusement des cas mortels à la suite d'injections morphinées pratiquées dans ces circonstances qui avaient passé inaperçues. Il faut alors se contenter des topiques et potions

calmants, faire patienter autant que possible le malade, mais ne pas toucher à la seringue de Pravaz.

Les pulvérisations locales de salicylate de méthyle ont été préconisées par Linossier.

Une fois la crise passée, il y a une hygiène et un régime à imposer à vos malades. Leur alimentation doit être réglée par vous-même jusque dans ses moindres détails. Les repas devront être pris régulièrement et peu copieux. Ils comprendront surtout des légumes verts, épinards, laitue, chicorée, peu de purées. On défendra les pois et l'oseille; le malade consommera très peu de viande, grillée ou rôtie; vous pourrez autoriser les fruits cuits, et, parmi les fruits crus, le raisin. Vous devez proscrire les graisses, les œufs, les féculents en trop grande quantité, les pâtisseries et sucreries.

En somme, l'alimentation doit être mixte, plutôt herbacée, riche en végétaux, modérée en hydro-carbures, en substances azotées et en matières grasses.

Telles sont les principales règles du régime, en ce qui concerne les aliments solides.

Comme *boissons*, il faut défendre d'une façon absolue toutes les boissons alcooliques et même l'alcool sous toutes ses formes. Vous pouvez cependant autoriser le vin blanc léger, le vin de Graves en petite quantité, aiguisé avec une eau minérale alcaline faible, telle que Vals, Pougues, Vittel, Contrexéville, Evian, etc.

Quant à l'*hygiène*, les indications sont ici primées par l'étiologie humorale, par le fameux fait de la nutrition retardée, l'arthritisme. C'est ici, en effet, que nous pouvons utiliser cette notion, tandis que l'infection ne joue point de rôle. On devra recommander un exercice régulier aux gens prédisposés à la lithiase biliaire par leur vie sédentaire ou leur hérédité. Ils devront se livrer à la marche une ou deux heures par jour. La gymnastique, la bicyclette, l'escrime, sont d'excellents exercices à leur indiquer; ils seront, d'ailleurs accueillis avec empressement et le seul obstacle réel auquel vous puissiez vous heurter à cet égard, c'est le défaut de temps; alors le *massage* est tout à fait indiqué pour suppléer à l'exercice. Ce massage sera méthodique, d'abord général, puis local, léger, atténué, une série d'effleurements de la région hépatique. Ce massage local, lorsqu'il est ainsi pratiqué avec une grande prudence, rend de grands services.

En même temps, on pourra employer les bains fréquents, les douches tièdes ou chaudes sur la région hépatique.

Enfin, la liberté intestinale sera entretenue au moyen de purgatifs non irritants, tels que la rhubarbe (50 centigr. par jour), la cascara sagrada (30 à 40 centigr. en cachet avant le dîner) ou la cascarine, le sel de Carlsbad (1 cuillerée à dessert ou à soupe, une ou deux fois par semaine).

Le *traitement médicamenteux* répond à deux indications principales : Augmenter la quantité et la fluidité de la bile, assurer l'aseptie des voies biliaires. On a surtout recommandé, comme médicament cholagogue et antiseptique des voies biliaires, le benzoate et le salicylate de soude. Le benzoate de soude se donne à la dose de 1 à 2 grammes par jour, le salicylate à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme. On l'a même préconisé aux fortes doses de 3 et 4 grammes par jour (Chauffard), mais en pareil cas cette administration ne doit pas, à mon avis, être continuée plus de quatre jours de suite, et être suivie d'un repos de vingt jours, si l'on veut éviter la production d'accidents gastro-intestinaux assez sérieux pour empêcher cette médication de produire ses bons effets. Pour moi, j'ai l'habitude de ne pas dépasser la dose quotidienne de 0 gr. 50 de salicylate de soude.

On peut aussi prescrire à chaque repas un des cachets suivants :

Benzoate de soude (*tiré du benjoin*).....	10 grammes.
Salicylate de soude.....	10 à 20 grammes

pour 30 cachets.

Les capsules de Bruel, qui sont une préparation d'éther amyl-valérianique, provoquent des émanations désagréables et ne sont généralement pas tolérées.

On pourra donner pendant les crises, le sirop et les perles d'éther (2 à 4 à une demie-heure d'intervalle).

Les capsules d'*huile de Harlem* (1 à 3 par jour) remplaçent avantageusement le remède de Durande, horrible à prendre et à garder.

Ferrand a préconisé la glycérine pure et neutre à la dose de 15 à 20 grammes, le matin à jeun, dans un verre à Bordeaux d'eau de Vichy. Son action me paraît devoir être minime.

L'*huile d'olive* a été surtout vantée en Allemagne, non seulement contre la lithiase, mais même comme moyen sédatif de la colique hépatique. Je crois qu'au moment de la crise l'absorption de cette substance, surtout en quantité suffisante, est impossible à réaliser, mais administrée dans l'intervalle à la dose de 100 grammes par jour (en une ou deux prises) c'est un bon médicament exerçant une action cholagogue et fluidifiante de la bile remarquables, ainsi que Dupré et Chauffard l'ont montré.

Thorubel a recommandé la trinitrine à la dose de trois à cinq et jusqu'à dix gouttes par jour de la solution alcoolique, dans le but de combattre l'état spasmodique des voies bilaires. Je n'ai pas d'opinion personnelle à cet égard.

Les Allemands pratiquent beaucoup les cures de *citron*. On donne de 20 à 30 grammes et jusqu'à un demi-verre de jus de citron, le matin à jeun. Cette médication permettrait d'enrayer le processus de la lithiase biliaire.

On se trouvera bien aussi en dehors des accès, des lavements froids, d'un litre et demi ou 2 litres d'eau bouillie, à la température de 18° à 24°, pris chaque matin, pendant une période de huit jours, suivie d'une période égale de repos.

Quant au traitement hydrominéral de la lithiase biliaire, Vichy et Carlsbad en constituent les deux stations essentielles. Je ne reviens pas aujourd'hui sur les indications de Vichy dont je vous ai parlé à propos du traitement de la congestion du foie ; mais je vous signalerai des contre-indications ; elles sont assez nombreuses ; par exemple, il faut s'abstenir d'envoyer à Vichy les lithiasiques atteints d'affection cardiaque, de dégénérescence graisseuse du cœur, d'artério-sclérose. Les stations d'eaux alcalines fortes produiraient des effets désastreux chez ces malades.

Une autre contre-indication résulte de l'état du foie lui-même : quand il est graisseux ou cirrhotique, Vichy est contre-indiqué.

De même, vous éviterez la cure de Vichy si vous avez affaire à des cachectiques biliaires qui y trouveraient une mort certaine.

Enfin, quand les malades ont de la fièvre et des phénomènes d'infection probable des voies biliaires, gardez-vous de les envoyer dans une station quelconque.

Dans tous les cas, rappelez-vous que ce n'est pas à vous qu'incombe la tâche de régler le mode d'administration des eaux que vous aurez indiquées, car il faut que le malade soit surveillé de près pendant la durée de la cure, il ne peut se traiter seul et devra suivre les prescriptions du médecin de la station qu'il aura choisie. Cette recommandation est d'autant plus importante à faire, que le plus souvent le malade qui vient à la station n'a que trop la tendance fâcheuse d'abuser des eaux qui lui sont ordonnées, et je connais un fait dans lequel la mort du malade, peu de temps après son retour de la station, fut le triste résultat de la liberté trop entière qu'il avait cru pouvoir se permettre dans la consommation des eaux en question et de la direction qu'il avait cru devoir prendre de son traitement (bien que ce fût précisément un médecin).

Carlsbad est une station équivalente de Vichy ; elle est plus particulièrement indiquée chez les pléthoriques, les abdominaux, à cause de sa teneur en sulfate de soude.

Ces stations fortes, Vichy et Carlsbad, sont du reste mal tolérées par certains sujets ; vous les adresserez alors vers des stations de minéralisation beaucoup plus faible, telles que Pougues, qui est surtout moins débilitante que Vichy ; Vittel, dont la grande source et la source salée principalement rendent de grands services dans la maladie qui nous occupe ; Contréxéville, Capvern. On a souvent enregistré dans ces stations des cures remarquables de cholélithiases qui avaient résisté à Carlsbad et à Vichy.

Une période difficile entre toutes dans le traitement de la lithiase biliaire est celle où se dresse l'éventualité d'une intervention chirurgicale. Les circonstances dans lesquelles cette intervention est justifiée relèvent des phénomènes de rétention et d'infection biliaires. Quand un malade est atteint de rétention biliaire depuis longtemps, qu'il s'amaigrit d'une façon progressive, perd ses forces, se cachectise, prend une teinte ictérique de plus en plus accentuée, vous ne devez pas pousser plus loin vos tentatives de cure médicale. C'est au tour du chirurgien d'intervenir.

Dans d'autres cas, votre attention sera éveillée par l'apparition d'une fièvre à grandes oscillations thermiques ; ou bien le malade se plaindra de frissons et verra se reproduire sans cause apparente des poussées d'ictère presque incessantes. Ce sont là des signes d'infection et il faut que l'opérateur agisse sans retard.

Je vous citerai à ce sujet deux faits particulièrement instructifs et probants.

Une dame atteinte de lithiase biliaire depuis nombre d'années, après avoir été soumise sans succès à la cure hydrominérale de diverses stations et avoir expérimenté tous les moyens médicamenteux possibles, présentait de temps à autre des poussées d'ictère accompagnées d'accès de pseudo-fièvre intermittente. Ne doutant pas de l'infection biliaire, on l'opéra, et on trouva en effet une vésicule enflammée et purulente, avec un calcul enchatonné dans le cholédoque. On excisa la vésicule, la malade guérit au bout de quelques semaines, malgré une pleurésie purulente intercurrente. Or, il est évident que si on n'était pas intervenu, elle aurait succombé à la cachexie progressive.

Le second fait est analogue au précédent. Une malade, lithiasique ancienne, présentant des accès de fièvre à répétition, fut guérie par la cholécystotomie.

Dans un troisième fait, la malade se trouvait dans des conditions à peu près analogues, lorsqu'elle eut la chance de guérir à la suite d'une véritable décharge biliaire, provoquée par l'administration répétée de lavements froids suivis d'une légère purgation de calomel. La malade expulsa, sous l'influence de cette médication assez simple, une quantité prodigieuse de boue biliaire qui se continua pendant huit jours. Puis peu à peu elle revint à la santé.

Ceci m'amène à essayer de vous tracer une ligne de conduite au point de vue des indications de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire. Tout d'abord, il est évident qu'en certains cas, lorsqu'il s'agit d'une cholécystite aiguë se manifestant par des frissons, de la fièvre, de la tuméfaction et de la tension dans la région de la vésicule, une douleur vive par la pression exercée à son niveau, il n'y a aucun doute à avoir, et qu'il faut intervenir chirurgicalement si l'on veut éviter la septicémie, la péritonite ou la perforation imminentes.

Le chirurgien peut encore intervenir quand on suppose qu'un calcul est enchatonné dans le canal cystique ou le cholédoque ; la lithiase du cholédoque est souvent d'un diagnostic difficile ; aussi vous rappellerai-je les signes indiqués par Nauhnin. Ce sont :

Le fait que l'ictère est à répétition ;

L'existence d'un prurigo pénible ;

L'absence d'augmentation du volume du foie, de dilatation de la vésicule et d'ascite;

L'apparition de fièvre avec augmentation de volume de la rate.

Dans ces conditions, Nauhnin pose le diagnostic de : lithiase du cholédoque probable. En pareil cas, l'opération est indiquée.

D'après Gautrin, de Nancy, on pourrait avec la main insinuée sous le rebord du foie explorer le cholédoque et y constater la présence du calcul. Je partage le scepticisme d'un de nos chirurgiens les plus distingués au sujet de l'utilité de ce procédé de diagnostic.

Mais le chirurgien peut aussi intervenir dans les cas douteux par une laparotomie exploratrice qui pourra au besoin devenir curatrice.

D'après Kehr, l'opération chirurgicale est indiquée dans les conditions suivantes :

1° Dans la cholécystite aiguë.

2° Dans l'obstruction chronique du canal cystique avec hydropisie ou empyème de la vésicule.

3° Dans l'obstruction chronique du cholédoque.

4° Dans les formes qui s'aggravent malgré un traitement médical rigoureusement suivi.

5° Lorsqu'on soupçonne l'angiocholite suppurée et un abcès du foie.

6° Même lorsqu'il y a eu perforation des voies biliaires et phénomènes de péritonite, on peut encore intervenir avec succès.

7° Enfin, le chirurgien peut intervenir en cas de répétition, en cas d'intensité particulière des coliques hépatiques.

Il faut ajouter qu'en pareil cas l'urgence de l'intervention est surtout commandée par la nécessité de soustraire le malade aux dangers du morphinisme auquel le condamne pour ainsi dire la répétition d'accès.

En résumé, dans la lithiase biliaire, la tâche du médecin est souvent extrêmement difficile; parfois sa responsabilité est gravement engagée; il doit savoir ne pas différer, quand il le faut, l'intervention chirurgicale. Choisir le moment opportun est affaire de tact et d'expérience. Le rôle essentiel du médecin est ici de prévoir et de prévenir. Par une bonne hygiène et des conseils éclairés, il fera le traitement prophylactique de la lithiase. Chez les héréditaires, les obèses, les arthritiques, et quand ces individus n'auront pu échapper aux accidents qui les menaçaient, il saura les placer dans les conditions les plus favorables au succès d'une intervention chirurgicale.

Je mentionne en terminant les diverses opérations que le chirurgien peut être appelé à faire sur les voies biliaires; ce sont : la cholécystotomie, opération idéale qui consiste à ouvrir la vésicule, en extraire les calculs, l'aseptiser et tout remettre en place. Cette opération donne d'admirables succès; la cholécystostomie, ou établissement d'une fistule biliaire; la cystectomie; la cystitectomie; enfin la cholédocotomie. Sans parler d'opérations plus compliquées qu'il est inutile de mentionner ici.

LE TRAVAIL DES GLANDES GASTRIQUES

par Allyre Chassevant (1).

professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Messieurs,

Vous n'ignorez pas la grande importance des fonctions de l'estomac et combien souvent vous aurez l'occasion de vous remémorer les notions que vous aurez acquises sur le chimisme gastrique. Les troubles secrétoires de l'estomac constituent un important chapitre de la pathologie et vous aurez souvent des malades atteints d'affections gastriques qui viendront vous prier de les guérir et de les soulager. Or, ainsi que l'a si bien démontré M. le Professeur Hayem, le diagnostic de ces affections ne peut s'établir que par l'étude chimique des troubles fonctionnels, le chimisme gastrique devant aussi nous guider dans le choix des applications thérapeutiques.

C'est pourquoi, je crois devoir exposer avec détail l'état de nos connaissances actuelles sur le mécanisme de la digestion stomacale, d'autant que de très importantes découvertes ont été faites dans ces dernières années et ne se trouvent pas encore répandues dans les traités classiques.

Je n'insisterai, Messieurs, ni sur l'historique ni sur l'ordre chronologique des découvertes, ni sur les discussions qu'ont suscité l'étude de l'acidité du suc gastrique. Qu'il me soit cependant permis de vous rappeler les grandes étapes de la question et les méthodes expérimentales qui ont permis d'aborder l'étude du chimisme gastrique.

C'est en 1720 que pour la première fois, Réaumur démontra que c'était à l'action du suc sécrété par l'estomac, et non pas simplement à l'action mécanique des contractions de cet organe, qu'il fallait attribuer la dissolution des morceaux de viande ingérés; en 1785, Spallanzani réalise les premières digestions artificielles avec du suc gastrique d'aigle qu'il recueillait au moyen d'éponges attachées à des ficelles, qu'il faisaient ingérer par ces animaux et retirait après un séjour plus ou moins prolongé.

En 1834, Elie de Beaumont étudie le premier la digestion chez l'homme sur un chasseur canadien porteur d'une fistule stomacale accidentelle due à un coup de feu. En 1843, Blondat réalise la fistule gastrique expérimentale chez le chien, cette méthode devenue classique est universellement employée, concurrement avec la sonde œsophagienne qui permet de retirer de l'estomac les produits qu'il renferme. La sonde œsophagienne est particulièrement employée chez les malades pour étudier le chimisme gastrique, nous consacrerons une leçon à la technique de son emploi.

Ces diverses méthodes d'expérimentation ne permettent pas d'obtenir le produit de secrétion des glandes à l'état de pureté, ce suc est toujours souillé de salive déglutive, et souvent de débris alimentaires, même après un jeûne prolongé.

Pour étudier la sécrétion pure, on a eu recours dans ces toutes dernières années à l'isolement de l'estomac ou d'une portion de l'estomac.

Le Dr Frémont a réalisé chez le chien l'opération déjà tentée avec succès par Czerny puis par Pachon et Carvallo, qui consiste à enlever l'estomac du chien et rétablir la con-

(1) Conférences de chimie biologique du semestre, *Thér.* 1901-1902.

tinuité du tube digestif en suturant l'œsophage avec le duodénum ; dans ces conditions le chien survit très bien à l'opération et continue à vivre sans estomac. Frémont au lieu d'enlever l'estomac, l'a soigneusement conservé dans l'abdomen, se contentant de l'aboucher par une fistule à la paroi abdominale ; l'estomac continue à secréter et on arrive à obtenir ainsi un suc gastrique exempt de salive et de débris alimentaires. Frémont à préconisé l'emploi de ce suc gastrique dans le traitement de certaines affections stomacales.

En Russie, le professeur Pawlow a imaginé une méthode différente, qui consiste à isoler une partie de l'estomac en forme de cul de sac, de façon à constituer à côté de l'estomac un second petit estomac indépendant et dont la secrétion n'est plus souillée ni par la salive ni par les aliments.

La sécrétion de ce petit estomac est l'image de celle du grand estomac.

Cette méthode expérimentale a donné à Pawlow et à ses élèves des résultats trè importants et leur a permis de découvrir plusieurs notions nouvelles sur le méca nisme de la sécrétion gastrique et sur la digestion stomacale.

Vous savez que la muqueuse de l'estomac renferme deux espèces de glandes en tubes. Les unes, les plus nombreuses, réparties sur toute la surface de l'estomac, sont appelées *glandes à pepsine* ou *glandes du fundus*, elles secrètent le suc gastrique. Je n'insiste pas sur la constitution histologique de ces glandes que vous apprendrez à connaître au cours d'histologie, je vous rappellerai simplement que le Pr Renaut, de Lyon, a montré que la sécrétion de l'acide ne se produit pas dans les mêmes glandes que celle de la pepsine ; et que les cellules renferment non pas les ferments solubles eux-mêmes, mais leurs *zymogènes*, c'est-à-dire des substances qui sont susceptibles d'engendrer les ferments.

Je n'insiste pas, ayant déjà longuement traité ces questions à propos des ferments solubles, en général.

Les glandes de l'estomac sécrètent donc un liquide de réaction acide, clair, qui ne trouble pas par la chaleur, qui, évaporé dans le vide, donne un résidu brun-jaunâtre très acide, et par calcination des cendres incolores, neutres ou faiblement alcalines. Le suc gastrique renferme comme substance importante en acide : l'acide chlorhydrique et deux ferments solubles : la pepsine et la caséase ou labferment.

La pepsine agit en milieu acide sur les albuminoïdes pour les hydrolyser et les dédoubler en donnant successivement des albumoses et de la peptone : la caséase (labferment des Allemands) coagule la caséine. Je n'insiste pas sur les actions chimiques de ces ferments que nous avons déjà étudiées lorsque nous nous sommes occupés des albuminoïdes et de leurs transformations.

La sécrétion du suc gastrique est intermittente et ne se fait que pendant la digestion.

Certains expérimentateurs avaient cru que cette sécrétion réflexe était provoquée par l'irritation de la muqueuse stomacale, Pawlow et ses élèves ont montré que cette conception est erronée. L'excitation mécanique ou chimique locale de la muqueuse stomacale ne provoque pas de sécrétion du suc gastrique ; mais simplement une sécrétion de mucus. L'excitation de la muqueuse buccale par les agents mécaniques ou chimiques ne provoque pas non plus la sécrétion réflexe du suc gastrique.

Cette sécrétion est provoquée par deux mécanismes différents :

1° Réflexe d'origine psychique : désir passionné d'aliments et l'envie de l'apaisement de la faim par l'ingestion d'aliments appropriés ;

2° Réflexe dû à l'action chimique de certaines substances alimentaires sur la muqueuse stomacale.

Lorsqu'on fait désirer à un chien des aliments on observe que son estomac sécrète du suc gastrique actif.

Si on fait manger un chien, auquel on a pratiqué une fistule de l'œsophage, de telle sorte que les aliments tombent par terre sans pénétrer dans l'estomac, la sécrétion du suc gastrique se fera cependant abondante et très active, quoique la muqueuse gastrique n'ait subi à aucun moment le contact des aliments.

Il s'agit donc d'un vrai réflexe d'origine purement psychique dans le premier cas et dans le second du réflexe trouvant son origine dans l'excitation de la muqueuse buccale.

Si on introduit directement les aliments dans l'estomac d'un chien possesseur d'une fistule gastrique à l'insu de l'animal, il y a un grand retard dans la sécrétion de suc gastrique, cette sécrétion est peu abondante.

C'est donc le suc que nous pouvons appeler par abréviation *suc psychique* qui de beaucoup est le plus important pour assurer le début de la digestion, c'est aussi le plus abondant et le plus actif. La sécrétion commence toujours 4 minutes 1/2 après l'offre de l'aliment.

Je n'ai pas besoin, messieurs, de vous faire remarquer l'importance considérable de cette observation, qui vient corroborer les observations cliniques et même celles du vulgaire; tout le monde sait, en effet, que l'appétit est le meilleur des assaisonnements; c'est à Pawlow que nous devons de nous avoir montré la raison physiologique de cet adage.

L'appétit provoque la sécrétion du suc gastrique, et partant assure la bonne digestion. Réveillez donc toujours l'appétit de vos malades.

Pawlow et ses élèves ont encore pu, grâce à leur méthode, démontrer que la sécrétion gastrique était toujours adéquate aux besoins de l'élaboration normale des aliments ingérés. Grâce au repas fictif ils ont pu constater qu'il y avait corrélation étroite entre la quantité d'aliments et celle du suc sécrété.

300 cc. de lait, 50 grammes de viande, 50 grammes de pain font sécréter 42 cc. de suc, une quantité double de ce même mélange a fait sécréter 83 cc. de suc gastrique, soit environ le double.

On sait depuis longtemps que la sécrétion de suc gastrique se poursuit pendant tout le temps de la digestion, mais l'insuffisance de nos moyens d'investigation n'avait pas permis de déterminer d'une façon précise la marche de cette sécrétion. Hayem avait bien constaté le maximum sécrétoire qui s'observe au bout de la première heure; mais on n'avait pas pu encore montrer avec quelle régularité cette sécrétion va en décroissant jusque vers la 4e heure pour cesser la 5e.

Grâce à Pawlow et à ses élèves il est maintenant démontré que la sécretion gastrique est influencée non seulement au point de vue quantitatif, mais aussi au point de vue qualitatif, c'est-à-dire du degré d'acidité et du pouvoir digestif, suivant la nature des aliments ingérés. Le pain, la viande, le lait ne provoquent pas la sécretion d'un même suc gastrique.

Sans entrer dans le détail d'expériences, cependant très intéressantes et suggestives, nous allons vous en donner les résultats et les conséquences cliniques qui en découlent.

Le pain provoque la sécrétion d'un suc abondant, sécrétion qui se poursuit longuement, le suc est peu acide et possède un pouvoir digestif considérable.

La viande provoque une sécrétion de durée moyenne d'une acidité élevée et d'un pouvoir digestif moyen.

Le lait une sécrétion peu abondante, d'une acidité moyenne et d'un pouvoir digestif faible.

Nous pouvons résumer ces qualités dans ce tableau dans lequel nous placerons les aliments par ordre décroissant au point de vue de chaque qualité de suc qu'ils font sécréter.

	Acidité.	Pouvoir digestif.	Durée de la sécrétion.
maximum	viande	pain	pain
moyenne	lait	viande	viande
faible	pain	lait	lait

Les glandes stomacales se comportent donc différemment suivant la nature de l'alimentation que l'on absorbe.

La sécrétion se modifie lorsque l'on soumet un animal à un régime spécial. Les chiens nourris exclusivement de pain arrivent à sécréter un suc de faible acidité et de grand pouvoir digestif, et lorsqu'on modifie leur régime en donnant de la viande ou du lait par exemple, ce repas exceptionnel, tout en augmentant l'acidité et diminuant le pouvoir digestif ne provoque pas une sécrétion identique à celle des animaux soumis au régime lacté ou carné.

Il y a donc une véritable adaptation de l'organisme et l'accoutumance à un régime donné ne peut se faire que progressivement.

Ces observations très importantes nous expliquent scientifiquement les remarques faites en clinique sur les troubles digestifs qu'on observe chez les personnes dont on modifie brusquement le régime, il faudra vous en souvenir au lit de vos malades, et ne modifier que progressivement leur diététique.

Le non parallélisme, qui existe, entre le pouvoir digestif et l'acidité du suc gastrique, et les variations considérables qu'un simple régime diététique apporte dans ce rapport, permet de prévoir qu'il doit y avoir chez les malades des écarts encore plus considérables entre ces deux propriétés fondamentales du suc digestif.

Ce fait avait du reste déjà été constaté, et avait amené en 1899 le Pr Gilbert et M. Chassevant à formuler une nouvelle classification des dyspepsies en tenant compte de ces deux facteurs, complétant ainsi la classification du Pr Hayem, qui ne tenait compte que des variations de l'acidité.

Maintenant que nous connaissons le mécanisme physiologique de la sécrétion gastrique, nous pouvons aborder l'étude des modifications pathologiques qui peuvent se produire.

Nous devons tout d'abord étudier les méthodes qui permettent de faire sur l'homme les examens chimiques nécessaires.

Nous ne pouvons pas ici opérer comme chez le chien et isoler tout ou partie de l'estomac, force nous est donc d'avoir recours à la sonde œsophagienne, et d'expérimenter avec un suc gastrique impur, il faut donc tout d'abord savoir quelle sont les modifications que vont subir les qualités du suc gastrique en raison de la présence dans l'estomac de la salive et des aliments; quelles sont aussi les transformations subies par ces derniers, quelles sont les méthodes cliniques à employer pour en faire l'analyse.

Cette importante question fera l'objet de la prochaine leçon.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 11 juin 1902

M. Bardet donne lecture d'une note de M. Vigenaud intitulée : *Note sur l'emploi du méthyl-arsinate disodique chez les tuberculeux :*

L'auteur a prescrit ce médicament à des tuberculeux. La plupart d'entre eux s'étaient bien trouvés du cacodylate de soude en injections hypodermiques.

L'auteur a injecté à quelques-uns de ses malades 5 centigrammes d'arrhénal tous les jours pendant cinq jours, les laissant ensuite se reposer pendant cinq jours... etc..

A d'autres, il prescrivit 5 pilules d'arrhénal à un centigramme chacune à prendre pendant cinq jours et interrompus pendant cinq jours.

Quatre de ses malades, habitués aux injections cacodyliques, craignant malgré les assurances données pour l'intégrité de leur estomac, choisirent la voie hypodermique.

Leur première remarque fut que la nouvelle injection était plus douloureuse que l'injection de cacodylate. Ils constatèrent en outre que deux heures environ après l'injection ils sentaient venir la fièvre; que le sang leur montait au visage jusqu'à produire de la cyanose, que leur poitrine semblait pleine, gonflée à éclater. Une des malades affirma même d'avance qu'elle aurait une hémoptysie bien qu'elle n'en eut encore eu aucune.

En présence d'affirmations aussi nette et absolument concordantes chez 3 de ces malades, l'auteur réduisit la dose injectée à 2 centigrammes. Malgré cette diminution 2 malades eurent des hémoptysies abondantes, le troisième des crachats sanguinolents et le quatrième des crachats colorés de congestion pulmonaire.

Pensant qu'il s'agissait peut-être de coïncidences, l'auteur reprit ses injections après la cessation des hémoptysies et dut y renoncer en présence du retour des mêmes symptômes. La température des malades s'élevait après les infections à 39°5, 40 et même 40°8, tandis qu'auparavant elle dépassait à peine 38°5 et montait rarement à 39°. L'aspect seul des malades, la fatigue extrême que certains d'entre eux éprouvaient, la coloration cyanosée du visage, la sensation d'étouffement, d'oppression qu'ils accusaient, témoignaient nettement d'une congestion pulmonaire intense.

Chez ceux des malades qui prirent l'arrhénal en gouttes, en potion ou en pilules, les symptômes furent identiques bien que plus atténués : trois d'eutre eux eurent des crachats sanglants.

Il est impossible d'accuser la préparation du médicament, puisque les ampoules provenaient, de même que les gouttes ou les pilules, de sources diverses.

L'auteur considère le nouveau médicament comme ayant une action congestive très marquée sur les poumons et comme très dangereux pour cette catégorie de malades.

M. Bolognesi a employé l'arrhénal chez divers malades, toujours en ingestion stomacale : quand il s'est servi d'arrhénal, il n'a jamais enregistré d'accidents, alors qu'en prescrivant le méthylarséniate disodique des officines, les malades se sont plaints de troubles dyspeptiques, caractérisés par des éructations gazeuses abondantes, de la diarrhée, parfois une odeur alliacée de l'haleine. En revanche, quel que soit le médicament employé, il n'y eut jamais des troubles congestifs

pulmonaires. Chez les tuberculeux, l'arrhénal prescrit en dehors des périodes fébriles ou des hémoptysies, a produit d'excellents effets sur l'état général et la gêne respiratoire.

M. Legendre a limité aux tuberculeux ses recherches sur l'action thérapeutique de l'arrhénal : les effets ne sont, et ne peuvent être fort différents de ceux produits par l'arsénic anciennement utilisé. Autrefois, on avait déjà constaté que ce médicament n'agit pas de même chez tous les tuberculeux, et que les contre-indications sont les formes fébriles et les formes hémoptoïques. Le Pr Gautier ayant reconnu les bons effets de l'arrhénal dans la fièvre paludéenne, on en a conclu que la fièvre des tuberculeux ne devait pas constituer un obstacle à l'emploi du médicament nouveau : or, ces deux sortes de fièvres n'ont aucun rapport entre elles.

M. Danlos a prescrit l'arrhénal à des psoriasiques : il a reconnu que des doses notablement plus élevées que les doses recommandées (0,40 gr. par jour !) sont fort bien supportées et ne provoquent aucun phénomène morbide du côté du poumon.

M. Bardet rappelle qu'en prescrivant l'arrhénal aux tuberculeux, il ne faut pas chercher autre chose que l'effet sur la nutrition : comme tous les autres arsénicaux, ce médicament retarde le mouvement de déminéralisation si accentué chez les phtisiques.

L'arrhénal a pour avantage principal de pouvoir être administré par voie stomacale sans produire de troubles hépatiques comme les cacodylates.

M. Chassevant a traité un officier de marine qui avait pris de son propre chef, pendant 30 jours 0. gr. 04 d'arrhénal par jour, et qui ressentit des troubles digestifs, des douleurs hépatiques et rénales : tous ces accidents disparurent quand on suspendit la médication.

M. Danlos fait une communication sur les *injections mercurielles*. Pour l'orateur, on ne saurait prétendre que toutes les injections de sels solubles se valent ; à teneur égale de mercure, les effets thérapeutiques, la toxicité, etc. varient : il est certain par exemple que le phényloacétate est bien moins toxique que ses congénères.

Les avantages des injections de sels solubles ne sont pas bien accentués : inutiles dans les cas légers, malcommodes dans la pratique, elles sont insuffisamment énergiques dans les cas graves. La plupart d'entre elles sont en outre douloureuses : le cyanure est à cet égard, surtout avec addition de 0. gr. 01 de cocaïne par injection, préférable aux autres. Dans les préparations nouvellement utilisées, l'hermophényl et le phényloacétate sont indolores, mais on n'est pas encore suffisament fixé sur leur efficacité.

L'orateur préfère, dans les cas courants, l'ingestion stomacale, les frictions dans les cas plus sérieux, le calomel ou l'huile grise en injection dans les cas graves. Les sels organiques sont en général mal titrés, leur composition est variable : même dans les ampoules, on trouve des différences notables entre deux échantillons donnés. Le cyanure, sel inorganique, est bien plus stable et se conserve fort bien. Le biodure produit des accidents, et si on l'emploie en injections intraveineuses, il peut provoquer des phlébites si toutes les précautions antiseptiques ne sont pas prises. Les injections massives hebdomadaires au précipité jaune sont souvent fort douloureuses et peuvent donner lieu à des accidents toxiques (fièvre, vomissements).

Le calomel en injections, en cas de syphilides tertiaires localisées, constitue le roi des médicaments : il produit de véritables miracles et il faut toujours y avoir recours quand les autres médications ont échoué. Ce n'est guère que dans la syphilis des centres nerveux qu'il expose à des mécomptes, mais cela tient à ce que les malades ne s'adressent en général au médecin qu'à un moment où les lésions sont déjà trop profondes pour se laisser influencer aisément par la médication.

Au point de vue spécial du tabès, il semble bien que le traitement spécifique, même par les injections de calomel, ait peu de prise sur la forme classique, et l'exaspère même parfois : pour les formes frustes, on peut espérer davantage. Actuellement, la meilleure conduite à tenir est de faire de la médication préventive, et de traiter énergiquement, dès le début de l'invasion syphilitique, les nerveux prédisposés.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux

Traitement de la peste, par M. RAYBAUD (*Marseille Medical*, 1902). — M. Raybaud considère, tout d'abord, le traitement particulier de certaines manifestations de cette affection, et en second lieu, le traitement général.

Les bubons sont fort douloureux au début; on les recouvrira de pansements humides d'onguent mercuriel belladoné. Lorsqu'ils seront arrivés à suppuration, on les incisera en évitant par une antisepsie rigoureuse la dissémination des bacilles pesteux qui abondent dans le pus; s'il se forme des pustules sur la peau, on les ouvrira également. Contre la fièvre, on prescrira la quinine, l'antipyrine, la balnéation, l'acide salicylique. Mais ces moyens sont illusoires; c'est lorsque l'infection cèdera que la fièvre fera de même, et c'est le sérum qui est l'agent le plus efficace. Les stimulants et les toniques traiteront l'adynamie et le collapsus, ainsi que les injections sous-cutanées de sérum artificiel qui faciliteront l'élimination des toxines; s'il y a des symptômes d'excitation et de douleur, on les traitera par divers calmants, bromure, opium, belladone. Les formes, dites pneumoniques, seront justiciables de la médication symptomatique de la pneumonie (kermès, oxyde d'antimoine, ipéca), les formes intestinales, des antiseptiques intestinaux; enfin, il y a certaines variétés qu'on nomme septicémiques, et qui s'accompagnent fréquemment de manifestations hémorragiques; on prescrira, dans ces cas, l'ergotine, le perchlorure, l'eau de Rabel.

Le grand médicament qu'on devra employer est la sérothérapie (sérum de Yersin). L'injection de ce sérum devra être pratiquée avec les plus grandes précautions d'asepsie, surtout s'il s'agit d'injections intra-veineuses. On utilisera 20 cc. de sérum, sous la peau, dans la première injection faite pour un cas de moyenne intensité, survenu dans les quarante huit heures. L'évolution de la maladie servira de guide pour les injections suivantes. Si le cas est grave, ou l'intervention médicale tardive, il faudra faire la première injection dans les veines, à la dose de 20 cc. Le sérum sera tiédi et ne devra contenir aucune bulle d'air ni aucune particule solide; on pourra même, pour éviter des rechutes, continuer les injections à la dose de 10 cc. sous la peau, deux ou trois jours après l'apyrexie complète.

L'action immunisante préventive du sérum qu'on doit, en ce cas, injecter, à la dose de 10 cc. est puissante, mais de très courte durée (10 jours au plus); cette action est rapide à se produire, si elle est courte; l'action de l'immunisation active au contraire, si elle est plus longue est aussi plus lente à se manifester, cette seconde méthode est celle de Haffkine; c'est l'emploi d'un bouillon de culture du bacille de la peste, stérilisé par la chaleur; on injecte 1 cc. par 30 kg d'animal; on fait l'inoculation sous la peau du bras; la vaccination est suivie d'une réaction de fièvre et de malaise qui dure 24 heures, réaction nécessaire à la réussite.

M. Raybaud termine son étude du traitement de la peste, par quelques considérations sur la thérapeutique prophylactique de cette affection.

R. BLONDEL.

Résultats obtenus avec le sérum antidiphtérique (*Therap. Monatshefte*, mai 1902). — Le Pr KASSOWITZ est un adversaire déclaré du sérum antidiphtérique. L'auteur commence par donner des courbes de mortalité diphtérique de plusieurs villes (Saint-Pétersbourg, Bucarest, Birmingham, Liverpool, Dublin, Stockholm, etc.), présentant toutes une augmentation considérable de la mortalité depuis l'introduction du sérum : en général, la courbe a commencé à remonter 2 à 3 ans après introduction du sérum et à descendre avant son introduction. Ces courbes ont évolué, si l'on peut s'exprimer ainsi, comme si le sérum n'existait pas ; elles continuent à conserver leur allure habituelle (périodes de mortalité élevée suivies de périodes de mortalité faible).

Il va sans dire que ces courbes sont calculées pour la plupart sur un nombre fixe (10.000) d'habitants : l'augmentation actuelle ne saurait

donc être attribuée au phénomème général de l'accroissement des populations urbaines.

L'auteur espère que les autorités des pays et villes où le sérum est employé, publieront à l'avenir leurs courbes de mortalité diphtérique d'après ce principe : il est convaincu que l'examen impartial de ces documents démontrera la bien fondé de son opposition.

E. Voet.

Traitement général de la rougeole (*Medical Record*, 12 avril 1902). — M. Louis Fischer divise le traitement de la rougeole en hygiénique, médical et diététique. Le traitement hygiénique consiste à éviter pour l'enfant les extrêmes de chaleur et de froid. La température de la chambre doit être de 21 à 24 degrés au plus. Une température plus élevée expose à des complications pulmonaires. Le malade doit avoir le dos tourné à la lumière : au besoin les rideaux seront rouges, l'obscurité est inutile. La tranquilité et le repos sont de première importance. On désinfectera toutes les sécrétions par une solution de sublimé au 2 millième. Pour la bouche, l'oreille et le nez, se servir de solutions faibles de permanganate de potasse ou d'acide borique.

Pendant la période d'incubation, certains médicaments peuvent être utiles pour favoriser l'éruption, ce sont les diaphorétiques doux, boissons délayantes chaudes additionnées de jus de citron ou d'orange, acétate d'ammoniaque. Surveiller l'estomac et l'intestin. Pas d'autre médication si la température n'atteint pas 39°.

Comme traitement médicinal, l'auteur préconise la teinture d'aconit avec l'acétate d'ammoniaque. Bains de pieds sinapisés chez les enfants prédisposés aux accidents cérébraux, ou vessie de glace sur la tête. Bromure de sodium en cas de délire. Bains de pieds sinapisés en cas de stupeur ou de somnolence dans le premier stade. S'il existe des vomissements, diète absolue et recourir au besoin à l'alimentation et à l'administration des médicaments par voie rectale. Les aliments doivent être peptonisés et les médicaments donnés en suppositoires.

Le catarrhe intestinal est parfois une complication grave : on donnera comme laxatif du phosphate de soude ou du citrate de magnésie, ou encore de petites doses de calomel. Le malade boira de l'eau en abondance, additionnée ou non de jus de citron, d'orange ou de raisin.

Un émétique sera indiqué dans le cas d'encombrement des bronches, si l'expectoration ne se fait pas. Le sulfate de cuivre peut être utile comme vomitif. Contre la toux opiniâtre, surtout la nuit, l'auteur recommande les inhalations de vapeurs d'eau eucalyptée et de petites doses de codéine ou de chloral.

L'héroïne est contre-indiquée en raison de la dépression cardiaque qu'elle produit, elle favoriserait même le collapsus. L'extrait de malt est une bonne préparation pour calmer la toux.

Contre la pneumonie et la diphtérie compliquant la rougeole, Fischer se sert des moyens thérapeutiques appliqués en pareils cas.

En ce qui concerne le traitement diététique, on continuera l'allaitement. Si l'enfant est au biberon, on espacera les prises de lait. La diète absolue est de rigueur s'il existe des symptômes gastriques graves, et on aura recours à l'alimentation rectale jusqu'à ce que les symptômes gastriques soient calmés. A un âge plus avancé, on donnera du petit lait, puis une nourriture plus substantielle, suivant la période de la maladie et l'âge de l'enfant.

E. Jumon.

Le traitement de la néphrite scarlatineu. par M. F. Huber (*Pediatriecs XII* n° 12). — C'es durant la période de desquamation dans la scarlatine, qu'il y a lieu de redouter l'apparition de la néphrite. Chaque jour, on devra analyser l'urine et le repos au lit sera prescrit sévèrement. Le malade sera mis à la diète la plus absolue et ne prendra que de l'eau, à intervalles réguliers.

Si la néphrite a pu être observée dès le début, quand l'urine commence à être trouble, épaisse, foncée, il sera bon, pour provoquer la diurèse, d'ordonner abondamment les eaux carbonatées associées à un peu de bitartrate de potasse. Mais dans les cas où l'état inflammatoire du rein est avancé, les diurétiques irritants seront contre-indiqués. On pourra sans crainte prescrire légèrement les boissons d'eau avec ou sans crème de tartre.

Le lavage du colon, par une solution chaude avec de sel normal, introduite dans le rectum, a donné de bons résultats. Plusieurs auteurs vantent l'hypodermoclyse par les injections sous-cutanées d'eau.

Toutes les heures, on administrera le calomel à la dose de 0. gr. 002 à 0. 005 comme calmant, diurétique et laxatif. Ce médicament pourra être pris pendant plusieurs jours, car la stomatite est une complication qui est rare. Le carbonate d'ammonium, à doses faibles et répétées, est efficace dans les cas de dyspnée grave ou d'œdème pulmonaire généralisé. La strychnine jouit des mêmes avantages dans des cas semblables. On aura recours à l'administration du chloral par le rectum ou encore aux irrigations de solutions de sel normal, toutes les fois que la néphrite s'accompagnera de convulsions, et

dans les formes comateuses, on utilisera, à la fois comme stimulants et comme diurétiques, la caféine et le benzoate de soude en injections hypodermiques. Si la néphrite se manifeste par des hémorragies rénales, il faudra prescrire, avec le repos le plus absolu, les applications de compresses chaudes et les emplâtres de moutarde sur la région des lombes. L'alcool est contre-indiqué, mais on pourra, dans les formes graves de néphrite, faire prendre avec avantage toutes les dix ou trente minutes, de petites doses de champagne glacé ou quelques morceaux de glace.

L'auteur rappelle qu'on a vu des cas désespérés de néphrite scarlatineuse guérir fréquemment.

A la période de convalescence, le malade devra, tant qu'il aura de l'albumine, rester au lit ou garder la chambre. S'il a de l'anémie, on lui conseillera le fer, et la strychine s'il se plaint de troubles cardiaques. Le plus abondamment possible, il prendra de l'eau pure ou de l'eau carbonatée, et devra se soumettre à une diète légère.

R. Blondel

Un nouveau cas d'actinomycose, par Trétrop (*Ann. et bull. Soc. méd. d'Anvers*, février-mars 1902). — Elisa X., 53 ans, éprouve dans les deux oreilles, de violentes douleurs avec irradiations dans la tête ; depuis deux jours, il est sorti un peu de sang par le conduit auditif.

A l'examen, on constate que les conduits auditifs sont remplis par un magma gris-noirâtre, adhérent à la peau ; l'ablation fait saigner légèrement.

Des instillations d'alcool boriqué amendent assez les douleurs pour que la malade puisse dormir ; le curettage est pratiquée au bout de trois jours et les instillations continuées.

La malade est en bonne voie de guérison.

L'ensemencement et la culture montrent qu'il s'agissait de l'*aspergillus fumigatus*.

A. Courtade.

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr Chassevant

Professeur agrégé à la faculté de Médecine.

Le traitement de l'obésité, par M. Heinrich Stern (*The Journal of the American Medical Association*, 15 février 1902). — Après avoir établi la liste des différents diurétiques que les malades, atteints d'obésité, peuvent prendre, l'auteur discute sur la nécessité de mesurer la quantité d'eau qui doit leur être permise. Le faradisme, le massage, la mécanothérapie, bref, toutes les méthodes qui ont pour but d'activer la circulation, donnent, en général, d'excellents résultats, et valent beaucoup mieux que l'exercice physique. L'hydrothérapie qui a pour effet, d'augmenter l'oxydation des éléments graisseux de l'organisme, et tous les exercices qui mettent en jeu les fonctions pulmonaires sont encore des moyens recommandables pour combattre l'obésité hydroplasmique. Comme médicaments, on ordonnera la strychnine, si le cœur faiblit, le fer, si le sang est appauvri. Le naptol B, le salicylate de bismuth et l'hydrastis canadensis assureront l'antisepsie de l'intestin. Contre la constipation, on prescrira les purgatifs salins, la poudre de podophyllin, la leptandrine ou le calomel. En règle générale, l'extrait du corps thyroïde sera contre-indiqué dans les cas d'obésité hydroplasmique.

R. Blondel.

L'hydrothérapie dans le traitement du diabète (*Bl. f. Kl. Hydrotherapie*, mars 1902). — Baum estime que l'hydrothérapie est fort utile au diabétique. Sous forme de bain de rivière, elle constitue un exercice agréable : sous forme de pratiques hydrothérapiques, elle tonifie l'organisme et améliore le sommeil. En outre, il ne faut pas oublier que la prédisposition névropatique est très fréquente chez les diabétiques.

L'auteur a pu constater que les sujets qu'il a soumis aux pratiques hydrothérapiques assimilent mieux les hydrocarbures et présentent un fonctionnement plus normal du tube digestif : la constipation peut être chez eux aisément supprimée, et avec elle le météorisme et la dépression psychique. On s'adressera de préférence aux enveloppements humides froids du tronc.

Pour faciliter le sommeil, on prescrira des bains de pieds, le soir, et des enveloppements humides des jambes. Les grands lavages à l'eau froide calment le prurit et suppriment ainsi les lésions de grattage, avec furoncles consécutifs. Des traitements hydrothérapiques appropriés combattront les névralgies.

En général, l'eau fraîche ou froide est préférable à l'eau chaude.

E. Vogt.

Thymus et rachitisme (*Munch. med. Wochenschrift*, n° 4, 1902). — Mendel a traité en 5 ans plus de 100 rachitiques avec du thymus de veau

frais ou des tabloïdes d'extrait de thymus. La glande fraîche est administrée par grammes : il faut compter autant de grammes par jour que l'enfant compte de mois. Elle est bien acceptée dans du bouillon, sous forme de fin hachis. Le nombre des tabloïdes administrés par jour a varié de 6 à 12.

La médication n'offre aucun des inconvénients ou des dangers de la glande thyroïde : elle a donné de bons résultats dans la plupart des cas, mais a échoué quand on s'est trouvé en présence d'affections spécifiques ayant provoqué des modifications pathologiques du thymus (tuberculose, syphilis congénitale).

E. Vogt.

Sérothérapie du rhumatisme articulaire aigu (*Société Medicale de Berlin*, 14 mai 1902,). — Menzer a employé le sérum streptococcique de Tavel : les injections provoquent une réaction, se manifestant par un gonflement des articulations malades ou non, avec poussée fébrile, suivie de la disparition des symptômes morbides : pas de récidive. L'endocardite est de même favorablement influencée. Des cas traités inutilement par les préparations salicylées ont guéri sous l'influence de la sérothérapie. Parfois, la réaction se manifeste par de l'hématurie avec cylindres contenant des streptocoques.

On injecte le premier jour 20 cc., les jours suivants 15 à 10 cc. : en tout, on utilise 100 à 150 cc.

Discussion. Senator a constaté les bons effets de ce traitement, mais il recommande la prudence dans son emploi.

Meyer n'a pas observé des résultats aussi probants que ceux de Menzer : il est revenu aux préparations salicylées.

Babinsky considère que le sérnm streptococcique est un médicament fort dangereux, pouvant provoquer des accidents très graves.

Menzer réplique qu'il n'a jamais observé d'accidents ; les réactions sont restées locales. Quant aux résultats thérapeutiques enregistrés, ils sont incontestablement favorables.

E. Vogt.

Cas d'empoisonnment par l'emploi thérapeutique de l'arsenic (*The Polyclinic*, mai 1902). —M. Hutchinson relate l'observation d'une dame atteinte de lupus érythémateux à laquelle il avait prescrit de la liqueur de Fowler à raison de quatre gouttes trois fois par jour. Comme la malade habitait loin et qu'elle attribuait de bons effets à ce traitement, elle continua sans demander conseil, pendant un an les mêmes doses. Il en résulta de la sensibilité douloureuse de la paume des mains et de la plante des pieds, et l'apparition de productions verruqueuses sur la peau. La malade qui était fraîche prit un teint bistré. Hutchinson conseille de surveiller attentivement les effets du traitement, de le suspendre de temps à autre et en tout cas de l'arrêter, s'il survient de la rougeur des conjonctives. Le teint plombé de la peau, la pigmentaton de certaines régions, la sécheresse des mains et des pieds, la kératose, l'acroparesthésie, l'apparition de productions cornées sur la peau sont des caractères qui doivent attirer l'attenton et faire suspendre la médication. Hutchinson ne croit pas qu'on se mette à l'abri des accideuts en donnant les cacodylates ou d'autres préparations moins actives, parce qu'ils sont aussi dangereux si on les prescrit à des doses capables d'agir efficacement, mais ce n'est là qu'une opinion.

L. Jumon.

Un cas d'intoxication par la strychnine, par A. J Halstrom (*Finska Lakaresallskapets Handlingar* février 1902). — Un enfant de 2 ans 1/2 prit, par erreur probablement, vers 7 heures du matin, une capsule contenant 0 gr. 33 de strychnine, préparée pour tuer un renard. Les symptômes ordinaires se produisirent bientôt : le trismus, l'opisthotonos, le tétanos ; la sensibilité et les reflexes sont exagérés, les pupilles sont dilatées; la cyanose devient très marquée. 140 pulsations à la minute. Température 38° c. A 10 h. 1/2, on chloroformise la petite malade d'une manière assez légère, suffisante pour empêcher les secousses tétaniques, et la narcose fut continuée jusqu'à trois heures. On donna trois fois 10 centigrammes de chloral et aussi de l'ipécacuanha, à 3 h. 1/4 un vomissement alimentaire se produisit. Le lendemain la petite fille se portait bien ; mais trois semaines plus tard, une gastro-entérite aiguë l'emporta. L'auteur rappelle dans son article les principales méthodes recommandées pour combattre l'intoxication strychnique.

R. Wybauw.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement des fractures non compliquées de plaies par les méthodes nouvelles, par le Pr Paul Berger, (*Touraine médicale*, 15 avril 1902). — On sait la tendance manifestée aujourd'hui dans le traitement des fractures, à la suite des leçons de M. Lucas-Champonnière. Le Pr Berger, dans sa leçon d'ouverture du cours de Médecine opératoire, s'inscrit en faux contre cette opinion

que « la thérapeutique des fractures doit être bouleversée de fond en comble ».

En premier lieu, faut-il, avec M. Lucas Championnère, dont la devise est « le mouvement, c'est la vie » traiter toutes les fractures par le massage et la mobilisation précoce, faisant table rase de toutes les anciennes méthodes qui ont pourtant rendu le mouvement à des légions de fractures?

L'immobilisation, dit le promoteur de la méthode nouvelle, ne constitue pas la meilleure condition du retour du membre à ses fonctions normales. Le mouvement est nécessaire à la consolidation de la fracture, dont le cal est alors plus volumineux, partant plus solide et à la réparation des parties molles. Il y a cependant un aveu, à côté de cette assertion « *le massage est la véritable thérapeutique des fractures en général* ». Cet aveu, écoutons le : on doit admettre que malheureusement certaines fractures ont de telles dispositions qu'on ne peut les y soumettre; mais il faut les considérer comme des exceptions fâcheuses... Enfin les fractures chez les animaux se consolident sans appareil.

On peut répondre tout de suite à ce dernier argument que les consolidations vicieuses à l'excès sont en effet, et pour ce motif, la règle chez les animaux. Abandonnée à l'effort naturel, il est clair que la consolidation se ferait également chez l'homme, dans tous les cas normaux, mais qu'elle se ferait avec d'aussi graves déformations, ce qui est plus fâcheux dans l'espèce humaine.

Le Pr Berger reprend un à un les points en litige et montre qu'il est indéniable que *l'immobilisation* assure une meilleure *sédation de la douleur*. Pour éviter la production de douleurs dues à l'enraidissement du membre dans les appareils, c'est-à-dire à l'excès d'immobilisation, il suffit de savoir peser le temps pendant lequel cette dernière devra durer. A cela doit se borner la réaction contre les anciennes méthodes.

L'*inflammation*, qu'on le veuille ou non, est, dans les fractures fermées, fonction de l'irritation mécanique causée par les mouvements des fragments au milieu des parties molles. La meilleure façon de faire cesser ces phénomènes est de maintenir les fragments en contact, dans l'intervalle des séances de massage, dont l'action bienfaisante, au point de vue de la résorption des exsudats et des œdèmes n'est d'ailleurs contestée par personne. Si pourtant M. Championnière est inflexible sur les principes, dit M. Berger, très souvent dans leur réalisation, il associe l'immobilisation à la mobilisation précoce et aux massages; il montre ainsi lui-même le point par lequel son système est sujet à la critique. Sur la question du cal, il suffit de remarquer que le cal juste et nécessaire sera toujours préférable au cal exubérant, qui n'est qu'un cal pathologique, fertile en complications.

La plupart des inconvénients reprochés à l'immobilisation de la fracture, sont dus à l'*immobilisation du membre* et c'est à la *mobilisation du membre* et non aux mouvements que M. Championnière détermine dans la fracture, que doivent être attribués les bienfaits du massage. Toutes les fractures peuvent être *massées* immédiatement; mais on ne saurait songer à *mobiliser* que le membre. Communiquer au membre la dose de mouvement nécessaire, *tout en immobilisant les fragments*, tel est l'idéal que doit poursuivre le chirurgien. On ne peut mieux, à notre avis, dénoncer l'erreur grosse de conséquences où l'on était prêt à s'engager et remettre plus exactement les choses au point. Si bien qu'après l'étude à laquelle il se livre, insistant sur ce fait qu'on ne saurait admettre ainsi de dogmes en chirurgie, l'auteur en revient à retourner la proposition émise au début. Non seulement le massage ne saurait être la véritable thérapeutique des fractures en général, mais il n'est qu'un *simple moyen adjuvant*, indispensable, qui demeure subordonné à la *réduction* et à la *contention* par des appareils appropriés. Comme traitement exclusif, la mobilisation est donc exceptionnelle, puisque toutes les fractures diaphysaires, qui constituent la grande majorité, réclament au contraire l'immobilisation comme base du traitement. Il est d'aillleurs réel que de petits mouvements dans le foyer de la fracture favorisent par excitation la formation du cal. Ceux-ci sont obtenus, comme nous l'avons vu pratiquer par M. Berger lui-même, par le changement assez fréquent des appareils inamovibles et par les secousses imprimées pendant le massage local.

Parlant de la radioscopie, M. Berger nous montre combien ce moyen est actuellement peu pratique. D'ailleurs les images qu'elle donne sont des ombres et, suivant l'incidence des rayons lumineux, ces ombres sont capables de varier considérablement et de donner les aspects les plus éloignés de la réalité.

Le traitement des fractures par l'*incision* et la suture, la résection ou l'enchevillement ne saurait correspondre qu'à des cas absolument exceptionnels. Les manœuvres sont parfois très pénibles et les résultats assez incertains pour qu'on ne se hasarde pas sans de bonnes raisons. Enfin la méthode sanglante n'est applicable que dans les milieux bien aseptiques.

A. Benoit.

Suture de la tête humérale à l'acromion dans une luxation ancienne, par M. Carl Beck (*Méd. nouv.*, 1er mars 1902). — Il s'agissait d'une luxation sous-coracoïdienne, ayant résisté à toutes les méthodes de douceur.

L'auteur fit une incision courbe commençant au niveau de l'acromion pour passer sur l'apophyse coracoïde et se terminer le long de la face antérieure du bras. L'articulation ainsi mise à nu, les adhérences furent libérées et la tête humérale réduite. La tendance à la récidive étant manifeste, M. Carl Beck perfora la tête et l'acromion pour passer un fil de suture. Ce procédé, selon son auteur, est supérieur à la résection de la tête humérale. Il s'impose par sa simplicité, mais nous aimerions savoir comment s'exécutent par la suite les mouvements du bras et s'il s'agit de suture temporaire ou définitive?

A. Benoit.

Ostéotomie trochantérienne oblique pour ankylose vicieuse (*Société de chirurgie*, 4 juin 1902). — M. Berger a présenté un malade, chez lequel il a cherché à remédier à un raccourcissement de 4 centimètres du femur par la *section trochantérienne oblique*. Il a pu rendre ainsi au fémur sa longueur normale, l'allongement de l'os étant réel. Le résultat est que l'opéré, qui se servait de béquilles auparavant, marche aujourd'hui avec une boiterie légère.

M. Berger s'est servi d'un ciseau à tranchants ondulés, imaginé par MM. Hennequin et Aubry, très commode pour cette intervention.

A. Benoit.

Pathogénie et traitement du pied creux, par J.-Jackson Clarke (*The Edimburgh Med. Journal*, avril 1902). — L'auteur range cette malformation sous les principaux chefs suivants, qui résument, en effet, largement les causes : 1° Pied creux congénital, qui n'est que l'exagération pathologique des conditions normales chez le nouveau-né ; 2° Pied creux accompagnant le varus équin ; 3° Pied creux secondaire à l'équin pur ou au varus équin, de cause paralytique ; 4° Secondaire ou tabès paralytique ; 5° Secondaire ou pied bot équin engendré par les affections nerveuses, telles que la maladie de Friedreich ; 6° Elément de la contracture de l'angle du pied due aux altérations goutteuses ; 7° D'origine traumatique ou trophique.

Quelle que soit l'origine, il faut, selon l'auteur s'attacher à réduire la difformité par des opérations et manipulations successives. Ainsi, dans le cas dont il publie les clichés photographiques il s'attaque en premier à l'enroulement de la plante, dans une première opération, où il fit la division sous-cutanée de l'aponévrose plantaire et des muscles courts de la plante, se réservant de faire plus tard la section des tendons tibiaux. Une fois le pied corrigé, des deux côtés, il plaça une attelle malléable à la face antérieure de chaque pied et de chaque jambe, et une plaque de métal à chaque plante, le tout étant réuni par des bandes. Une quinzaine plus tard, il sectionna les tendons longs et le tendon d'Achille, toujours par la méthode sous-cutanée. Le pied fut alors porté en angle droit et le même appareil appliqué de la même façon. Au bout de six semaines, il permit au malade de marcher avec des semelles de métal qui s'opposaient à toute flexion plantaire, fixées au cou-de-pied par des bandes appropriées.

Lorsqu'il existe des orteils en marteau, il peut devenir nécessaire de les traiter à part, en les réduisant par des sections tendineuses, soit sous-cutanées, soit à ciel ouvert. On applique ensuite des plaques talonnières, munies de fentes pour le passage de bandes en tissu souple, qui brident séparément chaque orteil ; on ajoute ensuite une bande plus large entourant toute la semelle au niveau du cou-de-pied, pour diminuer le creux plantaire, et une seconde au niveau de l'article tibio-tarsien, pour forcer le talon à toucher le sol. Les Américains sont partisans de la transplantation des tendons, toutes les fois qu'il existe assez de muscles sains pour accomplir le travail des muscles paralysés. Comme exemple, l'auteur cite le pied-bot talus valgus, où l'on peut raccourcir le tendon d'Achille et implanter sur lui avec un excellent résultat fonctionnel, le tendon péronier sain. L'opéré redevient capable de soulever le talon et il n'y a plus de ce fait tendance à la récidive.

Dans le pied-bot varus équin paralytique vulgaire, les tissus fibreux sous-cutanés, le tissu adipeux au niveau de la tête du premier métatarsien, sont épaissis et les extrémités nerveuses comprimées, d'où le caractère douloureux de ces variétés. Il en est de même dans la goutte. On serait désappointé si l'on comptait voir ces *troubles douloureux* disparaître immédiatement après l'opération. Mais avec le temps et le traitement général approprié, on les voit s'amender et finir par céder complètement. La récidive, quand elle doit avoir lieu, commence toujours par un retour d'équinisme. Aussi faut-il s'y opposer, en faisant porter au malade *pendant la nuit*, un appareil léger s'opposant à la flexion plantaire, et favorisant, au contraire la flexion dorsale du pied. Le jour, il chaussera une bottine solide, renforcée d'une plaque de métal, pourvue de bandes pour le cou-de-pied et le talon. Mais il ne faut pas négliger surtout des exercices appropriés pour rendre leur tonicité aux muscles extenseurs. A. Benoit.

Tumeur blanche du genou. Traitement par l'immobilisation et la résection. Résultats des résections par le Dr Lucas-Championnière, (*Acad. de Méd.* 20 mai 1902). — La résection du genou, l'ablation de toute l'articulation malade et son remplacement par des os ankylosés sains et en réunion parfaite doit constituer, avec le progrès moderne de la chirurgie une révolution considérable dans la thérapeutique des arthrites tuberculeuses.

Le traitement des arthrites du genou par l'immobilisation et la compression est un mauvais traitement. Il n'a pas l'efficacité qu'on lui attribue pour la guérison de l'arthrite et il sacrifie d'emblée la mobilité du genou que l'on peut conserver en mainte circonstance.

Souvent, il n'arrête point le progrès de la maladie tuberculeuse et ses résultats sont les pires pour le membre et même pour la vie du sujet.

Lorsqu'il est suivi d'une guérison il laisse un membre ankylosé trop long. Le sujet marche en fauchant et en appuyant le pied à faux.

Le sujet garde ses foyers tuberculeux qui se réveillent souvent, d'où douleurs, suppurations, infection générale.

Tout autre doit être le traitement moderne. c'est-à-dire l'essai de guérison de l'arthrite en conservant la mobilité du genou.

S'il est démontré que cette mobilité ne peut être conservée, la résection est le traitement idéal.

Autrefois elle était très meurtrière. Certaines statistiques donnaient 90 0/0 de mortalité, d'autres 55, d'autres bien présentées et triées avec soin, 30 0/0.

L'auteur a pu faire 113 résections du genou *sans un cas de mort opératoire.*

Non seulement la mortalité à été nulle, mais les résultats ont souvent atteint la perfection.

Solidité osseuse irréprochable.

Suppression immédiate de tout foyer tuberculeux prévenant toute douleur, toute fistule, toute chance du retour de la maladie.

Le sujet marche sur un membre solide.

Il marche bien parce que cette jambe est raccourcie et peut osciller verticalement pendant la marche.

La guérison d'un énorme foyer tuberculeux est souvent suivie de la guérison de foyers en autres lieux, foyers pulmonaires, par exemple.

M. Lucas-Championnière a montré un sujet opéré depuis 17 ans qui eut à l'époque de son opération 9 hemoptysie neuf jours de suite.

Il a si bien guéri qu'il a toujours travaillé depuis.

D'autres sujets suivis par l'auteur ont suffi aux métiers les plus pénibles.

Pour obtenir ces résultats il ne faut aucune demi mesure.

Non seulement aucune opération ne doit être incomplète, mais il faut dépasser largement le foyer tuberculeux.

Aussi, point d'opérations parcimonieuses point même de résections sous-périostées qui risquent de conserver un semis tuberculeux.

Si on ne perdait un temps précieux au traitement par l'immobilisation on aurait toujours des résultats irréprochables.

Toutes les fois que l'auteur n'a pas atteint la perfection, les attermoiements des traitements antérieurs en avaient été la cause incontestable.

La résection est surtout une opération de sujets encore jeunes. On peut opérer des sujets âgés. Les conditions sont moins bonnes, quoique possibles.

Sur 113 opérés l'auteur en a 11 entre 15 et 30 ans et 102 de 15 à 40.

Chez tous les sujets dont la croissance n'est pas achevée, la résection reste partielle et de mauvaise condition, non comparable avec l'opération préconisée.

M. Championnière a pu même opérer les deux genoux chez une femme il y a 13 ans : elle est âgée de 27 ans et elle marche d'une façon très possible.

La résection du genou, c'est-à-dire la suppression de toute l'articulation, au lieu d'être un pis aller un peu moins redoutable qu'une amputation comme cela était autrefois, a été pour lui une des opérations les meilleures de la chirurgie moderne. Elle est beaucoup moins meurtrière que la plus simple des opérations abdominales que l'on pratique si facilement aujourd'hui. Elle devrait être très généralisée, applicable à toutes les arthrites ankylosantes, tuberculeuses ou non ; bien des vies seraient sauvées par cette détermination rapide.

R. Blondel.

Empyème par l'incision verticale postérieure (*Société de chir.*, 4 juin 1902). — M. Moty donne maintenant la préférence à l'incision verticale pour pratiquer l'empyème, au lieu de l'incision horizontale. Il la fait à quatre doigts de la ligne épineuse et un peu au-dessous de l'angle de l'omoplate. Ce point est le plus déclive, car on ouvre le huitième ou le neuvième espace.

A. Benoit.

Intervention chirurgicale dans un cas d'attrition sous-cutanée de l'artère fémorale, par M. Lejars (*Société de chirurgie*, 21 mai 1902). — L'auteur a eu à traiter un blessé qui avait reçu un coup de tampon dans la région inguinale.

Devant des menaces de gangrène du pied, il découvrit l'artère fémorale et la vida, après une ligature supérieure faite au préalable, des caillots sanguins qu'elle contenait, sur 10 centimètres de longueur, puis la sutura. Les accidents s'amendèrent, mais au bout de dix jours tout le tiers inférieur de la jambe se gangrena et il fallut faire une amputation à la suite de laquelle le malade guérit définitivement. M. Lejars se demande si sa tentative opératoire n'a pas eu l'utilité de limiter le processus gangréneux; il en déduit qu'après ces grands traumatismes artériels, il serait peut-être opportun de mettre une ligature sur l'artère, au-dessous des points lésés, afin d'éviter les embolies périphériques.

M. Delorme est moins convaincu du bon effet que l'on peut retirer de cette intervention. Selon lui, la surface interne du vaisseau artériel lésé présente des irrégularités qui favorisent la formation de caillots oblitérateurs; il serait donc vain de déboucher l'artère une première fois puisque ceux-ci se reformeraient.

A. Benoit.

Ligature de la veine cave inférieure suivie de guérison (*Société de chirurgie*, 14 mai 1902). — M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer) en faisant la néphrectomie pour une pyonéphrose, chez une femme de 36 ans, déchira la veine cave inférieure, en détruisant les adhérences périnéales. Il s'ensuivit une hémorragie, que la suture latérale ne parvint pas à maitriser. Il fallut faire une ligature circulaire au-dessus et au-dessous de la plaie vasculaire. Après avoir eu un peu d'œdème fugace des membres inférieurs, la malade a guéri et a pu reprendre depuis un an, sans trouble appréciable, son métier de pêcheuse.

A. Benoit.

Valeur chirurgicale de l'épilepsie jacksonienne, par M. A. Chipault (*Gazette des hôpitaux*, 3 juin 1902). — Nous avons rendu compte, lors d'une récente discussion sur ce sujet, des conclusions qui furent adoptées à l'Académie de médecine. Après avoir reconnu que ce signe peut se manifester à l'occasion de lésions du cerveau assez distantes de la zone rolandique, on crut devoir déclarer ce signe localisateur incertain. M. Chipault se propose de prouver par ses observations que l'épilepsie jacksonienne est, dans la grande majorité des cas, une indication formelle d'intervention sur la région cranio-cérébrale rolandique et en outre, qu'il n'est pas impossible de distinguer l'épilepsie jacksonienne rolandique de l'épilepsie extra-rolandique et, spécialement, *frontale*. Les observations qu'il cite sont des plus intéressantes ; ce sont des faits chirurgicaux, par conséquent moins probants que des autopsies, mais ils n'en démontrent pas moins qu'en étudiant les « à côté » de l'épilepsie jacksonienne, aussi finement que le fait cet auteur, dont la compétence est hautement et justement estimée, on peut arriver à une très grande approximation de la région ou il faut trépaner. « L'épilepsie jacksonienne à elle seule, dit M. Chipault, ne suffit pas à indiquer une intervention cranienne, mais cet isolement symptomatique ne se rencontre pour ainsi dire jamais en pratique : d'ordinaire, elle surgit, symptôme nouveau, au cours de l'évolution d'un syndrome devant lequel se posait le problème de la trépanation. Le siège de celle-ci restait très hésitant : l'épilepsie suffit à le préciser, faute de meilleurs symptômes localisateurs qu'on courrait risque d'attendre trop longtemps. Quelques uns de ces symptômes peuvent toutefois être concomitants, et, parmi eux, si la perte de la *sensibilité stéréognostique* est loin sans doute d'avoir la valeur localisatrice rétro-rolandique, et plus spécialement *pariétale* qu'on a voulu lui attribuer, il en est un autre de même ordre, moins connu, consistant dans la perte de la *motilité stéréognostique* ou mieux significative, qui semble offrir quelque intérêt. Lorsqu'il existe, on doit soupçonner que la lésion provocatrice de l'épilepsie jacksonienne ne siège pas sur la région rolandique, mais en avant d'elle, à la région frontale, ou simultanument sur l'une et sur l'autre. »

A. Benoit.

Deux cas de chirurgie de l'estomac (in *St. George's Hospital*), par M. Herbert W. Allingham (*The Lancet*, 1er mars 1902). — La première observation s'applique à une femme de 34 ans qui se plaignait de douleurs à l'estomac, après avoir mangé, et avait des vomissements toutes les fois qu'elle prenait des aliments solides. M. Allingham, après avoir tracé une incision sus-ombilicale, découvrit l'estomac et aperçut, à la face antérieure de cet organe, un ulcère de la largeur d'un shilling. Il fit l'incision de cet ulcère et referma l'abdomen sans drainage. La guérison eut lieu au bout d'une vingtaine de jours, et la malade, quatorze jours avant sa sortie de l'hôtal, pouvait prendre des aliments solides.

A ce sujet, M. Keyser fait remarquer que dans les cas d'ulcères de l'estomac, accompagnés de vomissements et d'hématémèses continus, demeurant rebelles au traitement médical, il faut intervenir, et intervenir le plus tôt possible. Les complications de l'ulcère de l'estomac sont nombreuses, dangereuses ; il suffit, pour s'en convaincre, de se rappeler les statistiques récentes, qui rapportent une mortalité de 25 0/0 pour les ulcères de l'estomac soignés médicale-

ment, au lieu d'une mortalité de 5 0/0 pour ceux traités chirurgicalement. L'opération dépend des conditions révélées après l'ouverture de l'abdomen et après l'examen de l'estomac. La pylorectomie, la gastro-entérostomie, et l'incision de l'ulcère sont les différents modes opératoires, d'ordinaire employés. La gastro-entérostomie est moins grave que l'excision de l'ulcère qui ne doit être faite que lorsque le malade présente un bon état général

Dans la dernière observation, il s'agit d'un homme de 37 ans qui ne cessait, aussitôt après avoir mangé, d'avoir des vomissements et des douleurs à l'épigastre. Le malade avoua avoir avalé, un mois avant son entrée à l'hôpital, une certaine quantité d'acide azotique. M. Allingham commença par faire un grand lavage de l'estomac, et au moyen de la phloroglucine-vaniline ne trouva dans les matières vomies aucune trace d'acide chlorhydrique libre. Il résolut d'intervenir et, après ouverture de l'abdomen, découvrit un estomac très dilaté, excessivement rétréci à la partie pylorique. Une pyloroplastie fut pratiquée et la guérison survint environ un mois après l'opération.

Il est étrange que le contact de l'acide azotique avec l'estomac et l'œsophage n'ait pas causé quelque ulcération de ces organes, et n'ait donné naissance qu'à une simple sténose du pylore,

R. Blondel

Ablation d'une tumeur sarcomateuse de la queue du pancréas chez une enfant de quatre ans et huit mois, M. John D. Malcolm (*The Lancet* 1er mars 1902). — M. Malcolm fit l'extirpation d'une tumeur abdominale qui siégeait à la partie supérieure de l'hypocondre gauche et qui fut prise pour une tumeur du rein. Cette tumeur, qui fut observée pour la première fois en avril 1898, augmentait progressivement et faisait saillie en dehors, repoussant le rebord costal gauche en haut et en avant. Elle s'étendait en bas jusqu'au dessous d'une ligne passant par les deux épines iliaques antéro-supérieures. La consistance de cette tumeur était molle et élastique. La palpation révélait à la fois une fixité nettement marquée de cette tumeur et une légère mobilité. L'enfant avait maigri considérablement et tombait dans un état de plus en plus cachectique. Les poumons et le cœur étaient sains. Il n'existait aucun engorgement des ganglions de l'aisselle et de l'aine, et seulement sur la surface de l'abdomen apparaissait un peu de circulation collatérale.

M. Malcolm fit une incision sur la ligne semilunaire gauche, rechercha la tumeur au-dessus du colon transverse et, après avoir détaché quelques adhérences entre cette tumeur et l'extrémité inférieure de la rate, amena le pancréas en dehors de la cavité abdominale. Il était impossible de séparer cette tumeur du pancréas sans couper à travers le tissu pancréatique. Les gros vaisseaux furent sectionnés et liés facilement. Un grand lavage à l'eau stérilisée, étendue d'une solution de chlorure de sodium, termina l'opération. Mort par schock opératoire. L'autopsie fut faite, et on observa que la tumeur, ayant son point d'attache à la queue du pancréas, était de nature sarcomateuse. L'examen anatomo-pathologique confirma cettte présomption.

L'auteur rappelle que le diagnostic différentiel entre un rein hypertrophié et une tumeur de la queue du pancréas est chose impossible à faire. Il rapporte qu'en 1898, il eut l'occasion d'intervenir pour un cas presque semblable à celui de cette observation. Il s'agissait d'une tumeur kystique du pancréas prise pour une hypertrophie du rein gauche. L'opération fut pratiquée et couronnée de succès.

R. Blondel.

Diagnostic de l'appendicite gangréneuse (*Société de chirurgie*, 14 mai 1902). — Selon M. Walther, on aurait tort de compter sur la diffusion de la douleur à la pression, en dehors du point de Mc Burney, pour diagnostiquer l'*appendicite gangréneuse*. Il a opéré un cas très grave, qui s'est terminé par la mort, malgré l'opération. Ce sujet n'avait eu qu'une douleur légère, sans propagation; mais l'état général indiquait une lésion appendiculaire grave, que l'événement justifia : l'appendice était complètement sphacélé et il n'y avait pas trace d'épanchement dans le péritoine. C'est donc surtout affaire de virulence microbienne et il serait à souhaiter que la bactériologie de l'appendicite fût mieux connue.

A. Benoit.

Traitement chirurgical des hémorroïdes (*Med. Obosr.*, n° 1, 1902). — Soujetinoff estime que le procédé de Whitehead doit être considéré comme le plus radical.

Le rétention d'urines s'observe bien plus rarement avec ce procédé que lorsqu'on emploie la ligature. Les douleurs, qui s'observent souvent il est vrai, ne sont pas intenses, durent peu de temps et cèdent aux injections de morphine.

On n'a jamais noté d'hémorragies abondantes : des rétrécissements n'ont été observés que deux fois sur 184 cas.

Il faut ajouter cependant que le procédé de Whitehead présente un inconvénient assez

grave, à savoir : la faiblesse consécutive du sphincter anal qu'on observe parfois.

J. Roublevf.

Injections sous-cutanées de paraffine dans les difformités du nez, (*The Brit. med. J.*, 3 mai 1902). — M. Walker Downie a eu l'occasion d'appliquer cette méthode de prothèse dans deux cas d'effondrement du nez, d'origine syphilitique, avec un résultat très satisfaisant si l'on s'en rapporte aux photographies justificatives. Le nez doit subir la même préparation que pour une opération chirurgicale. La paraffine employée par l'auteur fond à 40°: elle est injectée en fusion à l'aide d'une seringue à serum, le nez étant maintenu à une température suffisamment élevée au moyen de compresses chaudes et sèches et l'aiguille étant chauffée par un courant électrique. Celle-ci, dans un des cas, a été enfoncée de chaque côté, immédiatement au-dessus des ailes du nez, tandis qu'une pression convenable dirigeait la paraffine du côté du nez. La quantité injectée a été de 8 gr. et demi, et pendant que la substance se solidifiait, on modelait le nez qui fut protégé pendant quelque temps avec une couche d'ouate. Dans le second cas, l'injection a été faite sur la ligne médiane, au point central de la dépression. La quantité injectée a été de 4 grammes. Il ne s'est produit aucun accident dans la suite. La légère rougeur et l'état vernissé de la peau consécutifs à l'opération ont disparu dans la suite.

L. Jumon.

Appareil pulmonaire

Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Traitement de la pneumonie, par M. Stephen Smith Burt (*Medical Record*, 24 avril 1902). — C'est surtout de l'évolution et de la marche particulière de l'affection que l'auteur prétend tirer des conclusions pour une règle thérapeutique. La pneumonie, affection cyclique, doit sa courte durée et la limitation de son foyer à la caducité de son microparasite. Le type de la maladie dépend surtout des conditions individuelles. La pneumonie simple en temps que pneumonie ne réclame pas d'intervention. Les diplocoques se développent surtout à la température du corps humain ; la fièvre arrête le développement du parasite et constitue en elle-même un phénomène favorable. Une fièvre élevée indique une infection étendue en même temps qu'un degré variable dans l'aptitude de l'organisme à réagir, tandis qu'une fièvre légère témoigne soit d'une faible réaction de l'organisme, soit d'une infection modérée. Il est inutile sinon dangereux d'instituer une médication spécifique. La désinfection des déjections et des produits de l'expectoration s'impose comme une nécessité. L'aconit et les médicaments analogues sont dangereux et il est rarement indiqué de saigner, L'opium à fortes doses est contre indiqué parce qu'il fait obstacle à la fonction rénale; chez les personnes âgées il peut être dangereux. L'oxygène est utile, mais non indispensable; l'alcool est indiqué en tant qu'aliment et parce qu'il soutient les forces ; la strychnine, les sels ammoniacaux, l'alcool à hautes doses et la nitroglycérine sont des stimulants qui doivent être réservés pour certaines nécessités; les injections sous-cutanées de sérum artificiel sont inappréciables pour favoriser l'élimination des poisons accumulés dans l'organisme ; quant à la médication spécifique, elle n'est qu'un expédient et la prophylaxie de l'infection est le but auquel on doit tendre.

L. Jumon.

Pneumonie et hydrothérapie (*Bl. f. Klin. Hydrotherapie* avril 1902). — Winternitz ne recommande pas le traitement hydrothérapique au moment du frisson initial : plus tard, quand la fièvre et les phénomènes thoraciques indiquent manifestement l'existence d'une pneumonie, on prescrira des demi-bains à 20° C, avec affusions froides sur la tête et la nuque. Cette intervention, suivie d'un enveloppement humide de la région pectorale, exerce une influence considérable sur l'activité cardiaque et combat la tendance au collapsus. Le bain froid doit durer 10 à 20 minutes pour être efficace.

L'auteur concède que cette pratique quelque peu effrayante n'aura pas l'approbation de la majorité du corps médical. Aussi recommande-il aux praticiens timorés les lavages froids localisés à la région pectorale, qu'on peut répéter 2 à 3 fois dans les 24 heures, et qu'on fera suivre, comme ci-dessus, d'enveloppements humides. En cas d'asthénie cardiaque, une application de tubes à circulation d'eau froide dans la région du cœur relèvera l'activité du myocarde.

E. Vogt.

Quelques mots relativement au traitement de la tuberculose pulmonaire et laryngée dans les sanatoria par H. Lorentz, (*Finska Lakaresallskapets handlingar*, avril 1902.) — L'auteur trouve que le traitement d'un tuberculeux dans un sanatorium est utile non-seulement par l'amélioration qu'il amène dans l'état

du malade mais aussi parce qu'il lui impose une discipline qu'il n'avait jamais connue et parce qu'il lui fait connaître les règles hygiéniques indispensables. Le danger de la contagion est fort peu important dans un sanatorium bien tenu, dans lequel les principes de l'antisepsie moderne sont bien observés.

Il y a lieu d'être judicieux dans le choix des malades qu'on envoie à un sanatorium, et de n'y envoyer que ceux d'entre eux qui présentent des chances de guérison réelles. D'après l'auteur la présence d'un grand nombre de petits foyers disséminés, s'accompagnant de phénomènes fébriles crée une contre-indication beaucoup plus sérieuse que l'existence d'une congestion assez étendue et même celles de petites cavernes, alors que les phénomènes généraux sont peu marqués.

Comme élément important du pronostic, il faut tenir compte de la diazo-réaction d'Ehrlich. Le traitement suivi au sanatorium du Dr L. est le même qu'ailleurs dans ses grandes lignes : la cure d'air peut être continuée en plein hiver en Finlande.

Parmi les médicaments internes les plus recommandés, l'auteur cite l'ichtyol et le pyramidon comme antiseptiques.

Le tuberculeux atteint du larynx est soumis aux mêmes règles que les autres; comme traitement local, les meilleurs résultats ont été obtenus au moyen des badigeonnages au phénosalyl; s'il y a ulcère, au moyen des pulvérisations d'iodoforme et en cas d'œdème des scarifications profondes.

E. Vogt.

La lécithine dans la tuberculose, par M. Lemanski (*Bulletin de l'hôpital de Tunis*, 1902). — D'après M. Lemanski, la lécithine obtenue par la préparation suivante est digne d'être recommandée, car elle est constituée par un mélange qui ne se corrompt pas et reste longtemps inaltéré.:

Jaunes d'œufs crus....	300	grammes.
Eau.....	60	—
Délayez et filtrez, ajoutez :		
Glycérine pure.....	300	grammes.
Chlorure de sodium..	8	—
Eau de laurier cerise.	10	—
Sirop de citron.....	100	—
Rhum.....	50	—

L'auteur prescrit 3 fois par jour cette lécithine ainsi préparée, à raison de deux cuillerées à soupe avant les repas, le matin, à midi et le soir, soit pure, soit additionnée d'une certaine quantité d'eau, et a remarqué que le goût en est agréable et accepté par la majeure partie des malades.

Il faut 12 à 14 œufs pour donner les 300 grammes de jaune.

M. Lemanski note que cette préparation est particulièrement utile pour les tuberculeux qui voient leur poids augmenter très rapidement sous son influence.

R. Blondel.

Traitement des épanchements pleuraux à répétition par les injections gazeuses, par Vaquez et Quiserne (*Société Médicale des hôpitaux*, 23 mai 1902). — La méthode de Vaquez consiste à provoquer la formation d'un pneumothorax artificiel, capable de s'opposer à la reproduction incessante du liquide, telle qu'on la voit au cours de certaines pleurésies chroniques.

Chez un malade atteint de pleurésie tuberculeuse ayant déjà nécessité 12 ponctions, Vaquez et Quiserne, à la ponction suivante, après avoir retiré un litre de liquide, injectèrent, au moyen de l'appareil imaginé par Potain, trois quart de litres environ d'air. Les suites furent des plus simples.

Immédiatement après l'intervention, on put constater tous les signes de l'hydro-pneumothorax et ce pneumothorax persista pendant plus de trois mois. Le liquide ne se reproduisit plus.

Même traitement chez un malade de M. Widal qui du 15 octobre 1901 au 27 mars suivant avait subi 5 ponctions.

Cette méthode est basée sur une simple action mécanique, résultant de la pression faite sur le liquide par le gaz injecté. L'air atmosphérique paraît être le gaz qui répond le mieux aux indications.

G. Lyon.

Le traitement intra-nasal dans l'asthme, par M. Bronner (de Bradfort) (*The British Medical Journal*, 19 avril 1902). — L'auteur publie quelques observations à propos d'asthme et de fièvre des foins soignés par le traitement intra-nasal. Il pense que les reflexes de la muqueuse nasale peuvent être répartis en trois classes et considérés comme étant le résultat, soit d'une irritation locale des fibres terminales de la cinquième paire, soit de troubles nasaux, non primitifs, mais consécutifs à quelques lésions centrales, soit, enfin, d'une obstruction des voies nasale.

M. Bronner décrit les méthodes différentes du traitement local de l'asthme, et recommande l'iodure de potassium et la teinture de belladone. Il est d'avis que, dans quelques cas d'asthme et de fièvre des foins, la guérison a pu être obtenue par le traitement intra-nasal et

cite des cas nombreux de guérison où, pendant plusieurs années, il n'y eut aucune récidive des symptômes. Il pense que dans tous les cas d'asthme et de fièvre des foins, il est nécessaire de faire l'examen très attentif des voies nasales, et ajoute même que si cet examen était fait plus souvent, on pourrait, par le traitement intranasal, obtenir un nombre beaucoup plus grand de cas de guérison.

M. Bronner rapporte dans son travail six observations, où l'asthme était causé, soit par une dégénérescence polypoïde de la muqueuse nasale, soit par une rhinite hypertrophique, soit encore par une hypertrophie des cornets inférieurs du nez. Après quelques cautérisations au galvano-cautère, l'auteur obtint une guérison complète, et dans un cas seulement, il fut obligé de faire la section des cornets.

R. Blondel.

L'angine de poitrine hystérique, par Merckelen (*Médecine moderne*, n° 17, p. 137, 1902). — Les crises d'angine de poitrine hystérique ont pour caractères la douleur précordiale avec angoisse, sans irradiation; elles surviennent au milieu de la nuit et souvent à la même heure.

Dans certains cas l'accès débute par une aura, soit névralgique, soit vaso-motrice, soit cardiaque.

L'aura névralgique peut consister en des douleurs au niveau des doigts, gagnant progressivement le bras et la région mammaire; la crise est renversée, suivant la remarque de Potain.

L'aura vaso-motrice se caractérise par une sensation de froid, un état de malaise. Les malades sont parfois pris de grelottement et de tremblement.

L'aura cardiaque est la plus commune : la crise commence par des palpitations qui peuvent apparaître plusieurs jours avant la crise angineuse.

En outre, on observe généralement, au niveau de la région précordiale, une zone d'anesthésie.

La douleur dans l'angine hystérique est plutôt précordiale, tandis que dans l'angine coronarienne, elle est surtout rétro-sternale. Elle est très vive et s'accompagne de cris, de larmes; les malades dramatisent leur douleur. Enfin les irradiations sont plus multiples que dans l'angine coronarienne; elles gagnent la région cervicale et les bras, les hypochondres, les régions hypogastrique et inguinale, quelquefois même le membre inférieur.

La guérison peut être rapide, mais la maladie peut durer aussi de très longues années. Pierre Marie a rapporté l'observation d'une femme de 80 ans qui présentait des accès d'angine hystérique depuis l'âge de 17 ans.

Ce qui domine dans le traitement, comme dans l'étiologie, c'est la suggestion. Dans les cas de grandes crises on est en face d'une habitude invétérée sur laquelle la persuasion a peu de prise; les malades sont de véritables hypochondriaques, sans cesse occupés du sujet de leurs souffrances qu'exagère encore la sollicitude inquiète de leur entourage.

Le premier soin doit consister à les soustraire à l'influence de leur milieu habituel, l'isolement dans une maison de santé et d'hydrothérapie amélioreront rapidement leur situation.

A l'isolement, il faut joindre le traitement de la cause qui existe derrière la névrose : arthritisme, anémie, intoxication, cardiopathie, etc. Il faut de plus interdire le tabac, l'alcool, traiter avec soin les troubles gastriques qui jouent un rôle capital dans l'apparition de l'angine hystérique.

Les bromures et les valérianiques peuvent prévenir et arrêter les crises. Au moment de l'accès on peut employer le nitrite d'amyle, la trinitrine, particulièrement indiqués dans les formes vaso-motrices. On peut donner l'antipyrine, la phénacétine, enfin une injection morphinée. On recommande encore les injections de sérum physiologique (10 cc.) au niveau de la région thoracique. Laënnec a recommandé l'application d'un aimant à la région précordiale, moyen qui donne de bons résultats. L'application d'eau très chaude renfermée dans un sac de caoutchouc soulage beaucoup les malades et parfois arrête immédiatement leurs crises.

Dans l'intervalle des accès on usera de bains et douches chauds et on pourra envoyer les malades aux stations thermales : Néris, Luxeuil, Bourbon-Lancy, Bagnères-de-Bigorre, etc.

G. Lyon.

Les indications du sérum de Trunecek chez les artério-scléreux, par le Dr Meaklen (*Société médicale des Hôpitaux*, 30 mai 1902). — Si le sérum de Trunecek ne guérit ni la sclérose ni l'athérome des artères, il n'en a pas moins une certaine action; il atténue en effet, ou fait disparaître certains des troubles subjectifs les plus pénibles de l'artério-sclérose.

Il constitue un médicament tonique, surtout applicable à l'asthénie et à l'hyperexcitabilité qui, chez les artério-scléreux, dépendent de l'insuffisante irrigation et des altérations nutritives du système nerveux.

C'est ainsi qu'il agit sur certains troubles moteurs, sensitifs et psychiques qui résultent de

l'artério-sclérose cérébrale. Chez trois vieillards M. Merklen a constaté les résultats favorables déjà constatés : chez l'un d'eux diminution d'une hémiplégie d'ailleurs incomplète; chez deux autres, amélioration de la mémoire et retour de la faculté de lire; chez tous trois, relèvement des forces, frappant pour l'entourage.

L'action sur certains troubles dyspnéiques des artério-scléreux est non moins heureuse.

Les malades ont été soumis aux injections quotidiennes de 1 ou 2 cc. de sérum pendant plusieurs semaines.

Enfin, si les injections de sérum de Trunecek n'ont pas d'influence sur l'angine coronarienne, elles peuvent combattre efficacement certaines névralgies cardiaques. Cette action est sans doute comparable à celle des injections de sérum simple, souvent efficaces dans le traitement des névralgies périphériques.

L'action du sérum sur la tension artérielle est encore discutable; pour M. Huchard elle est nulle ; Pierre Teissier et Léopold Levi ont constaté un abaissement de la tension artérielle dans 57 0/0 des cas, mais rien ne prouve que les modificaiions de la pression soient la conséquence directe du sérum.

G. Lyon.

Traitement balnéaire des troubles fonctionnels nerveux du cœur (*Deutsche med. Zeitung* 22 mai 1902). — Le Pr Kisch rappelle que l'on connaît aujourd'hui une série de causes, excès de tabac, d'alcool, troubles digestifs, etc. capables d'influencer l'appareil d'innervation du cœur et de produire un état neurasthénique dans lequel le cœur se montre l'organe le moins résistant de l'organisme. Cet état neurasthénique se manifeste par des crises de palpitations, des arrêts du cœur, une sensation d'angoisse, même des syncopes. Il en résulte une émotivité spéciale, une dépression psychique. L'examen local ne montre aucune trace d'affection cardiaque, et la circulation sanguine n'est en aucune façon compromise.

Il est curieux de constater que ce complexus symptomatique se présente presque exclusivement chez des sujets dans la fleur de l'âge, présentant l'aspect de la meilleure santé : un traitement rationnel fait du reste le plus souvent disparaître ces accidents en quelques mois.

Le traitement consiste dans la suppression de la cause, le repos et la balnéothérapie. Les bains contenant de l'acide carbonique donnent de forts bons résultats, à condition de les administrer entre 32 et 33° C., avec une durée de 5 à 8 minutes et une teneur faible en CO^2. Si l'on s'adresse à des eaux mères, le bain ne devra pas contenir plus de 1 à 1 1 /2 0/0 de sels : la proportion de sels et de gaz ne sera augmentée que fort prudemment.

Les enveloppements humides partiels, autour de l'abdomen ou des mollets par exemple, et des applications humides sur la région cardiaque rendront des services : on y associera des massages doux avec mouvements passifs.

L'alimentation doit être fortifiante, facile à digérer : les repas seront fréquents et peu abondants.

Le médecin assumera en outre la tâche parfois difficile de persuader à son malade que le cœur ne présente aucune lésion organique, et qu'il a tort d'abandonner les exercices auxquels il est habitué. Ces malades en effet remarquent que leurs crises sont provoquées par l'activité musculaire et y renoncent d'eux-mêmes. Il faut par des prescriptions méthodiques de mouvement, les ramener peu à peu à reprendre leur existence antérieure.

La digitale, le strophantus pourront être prescrits, mais toujours à doses minimes.

E. Vogt.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de la chorée, par Comby (*Société Médicale des Hôpitaux*, 30 mai 1902). — Les cas de faible ou moyenne intensité sont justiciables de la cure de repos, avec régime lacto-végétarien, et des enveloppements dans le drap mouillé. On trempe un drap dans l'eau froide, on le tord, on l'étale sur une couverture de laine et on enroule le tout autour du corps. L'enfant reste tous les matins, une demi-heure dans ce drap.

Dans les cas graves il faut avoir recours à l'antipyrine à doses massives (0 gr. 50 par année d'âge) ou à l'arsenic. L'antipyrine peut être continuée pendant une dizaine de jours, elle peut déterminer de l'oligurie et même de l'anurie, des érythèmes, des vomissements. Le régime lacté favorise la tolérance.

L'efficacité de l'arsenic est supérieure à celle de l'antipyrine. M. Comby prescrit la liqueur de Boudin (solution d'arsenic au 1000e), en donnant d'emblée des doses très fortes, mais très fractionnées et très diluées. Le premier jour, l'enfant prend dans un julep gommeux de 120 grammes, 10 grammes de liqueur de Boudin, par cuillerées, de deux en deux heures, avec ingestion ultérieure d'une tasse de lait. On

augmente tous les jours de 5 grammes jusqu'à 30 grammes et on redescend de même jusqu'à 10 grammes, Cela fait en 9 jours, 170 grammes de liqueur de Boudin ou 170 milligrammes d'acide arsénieux. Si l'enfant a moins de 8 ans, on commence par 5 grammes de liqueur de Boudin et on ne dépasse pas 20 ou 25 grammes. S'il n'a que 4 ou 5 ans, on commence encore par 5 grammes et on augmente tous les jours de 2 gr. 50 jusqu'à 12 grammes puis on redescend.

Si le traitement est mal toléré (vomissements, état gastrique, fièvre), on écarte les doses ou l'on suspend un jour, pour reprendre ensuite.

Le cacodylate de soude a échoué entre les mains de MM. Méry et Moizard.

G. Lyon.

Les indications thérapeutiques dans le tic douloureux de la face, par Chipault et Plique (*Presse médicale*, n° 39, p, 462, 1902). — Parmi les formes de névralgies faciales épileptiformes justiciables du traitement médical, une forme rare est la forme hystérique, souvent très tenace. La crise convulsive est annoncée fréquemment par une aura : sensation d'étranglement et de boule au cou, sifflement dans les oreilles, éblouissements, battements des temporales, hallucinations visuelles. Cette crise est très longue ; au lieu de durer deux à trois minutes comme dans le tic douloureux vrai, elle se prolonge souvent pendant une heure, deux heures et même plus. Par contre les crises ne sont pas aussi rapprochées que celles du tic douloureux vrai. Souvent enfin, la crise se termine et se jugule par une attaque convulsive avec larmes et même accidents psychiques.

Dans cette forme l'intervention chirurgicale est contre-indiquée ; les moyens ordinaires de thérapeutique présentés en insistant sur leur efficacité certaine réussissent souvent. L'électricité statique en particulier sous forme de souffle, semble avoir une action spéciale.

La forme de tic douloureux dépendant de l'épilepsie vraie est également, justiciable du traitement bromuré qui est complétement inefficace dans le tic douloureux simplement épileptiforme. Féhé, Peter, M. Bouquet de Boissy ont cité des exemples remarquables. Cette forme s'observe souvent chez des sujets un peu âgés ayant eu d'autres manifestations épileptiques.

L'intensité du tic convulsif, la violence des soubresauts musculaires sont beaucoup plus prédominants que la douleur ; celle-ci reste souvent très modérée. Mais l'attaque laisse fréquemment après elle un peu de somnolence et de stupeur.

L'artério-sclérose semble dans quelques cas être la seule cause du tic douloureux. Son rôle expliquerait l'efficacité du régime lacté absolu, puis de la diète végétarienne (Leyden).

La syphilis produit assez fréquemment la névralgie faciale à douleurs continues ; la névralgie faciale double est même presque exclusivement d'origine syphilitique. Elle est souvent un prodrome de paralysie générale et exige un traitement particulièrement intensif. Le tic douloureux vrai est au contraire rarement d'origine spécifique.

De tous les traitements médicaux proposés contre ce dernier, un seul, celui de Trousseau, le traitement par l'opium, a survécu. Il est habituellement efficace, et l'action de l'opium, lors des récidives, est beaucoup moindre.

L'électricité, sous forme de courants continus, en ayant soin d'appliquer la plaque positive sur les points douloureux, d'humecter la plaque avec une solution d'antipyrine à 1/10 ou de cocaïne à 1/5, peut réussir même avec de faibles intensités. Les succès sont beaucoup plus fréquents avec le procédé des hautes intensités, dû à Bergonié.

Le traitement chirurgical devient souvent inéluctable. L'accord est fait sur la nécessité des interventions larges. On pratique toujours une résection périphérique étendue (résection totale d'une branche, ou plus fréquemment résection totale des trois branches quand le tic est généralisé).

La résection du ganglion de Gasser peut être suivie de succès durable, mais sa mortalité est grande et l'opération n'est accessible qu'à un petit nombre de chirurgiens expérimentés.

Les résections du ganglion cervical supérieure du grand sympathique ont donné des succès ; elles ont l'avantage d'être bénignes.

G. Lyon.

L'hydrothérapie du tabès (*Deutsche med. Wochenschrift* 22 mai 1902). — Munter estime qu'il est possible au moyen de l'excitation thermique, d'influencer le fonctionnement et la nutrition des neurones atteints de dégénérescence.

Pour influencer les douleurs fulgurantes, on peut songer à l'action anesthésiante du froid appliqué pendant un laps de temps suffisamment long, ou à l'emploi de liquides présentant une température indifférente, et provoquant de de ce chef une action calmante sans diminuer la fonction, ce qui arrive quand on emploie le premier procédé. Or, la fonction doit être conservée dans le tabès, c'est donc le second procédé qu'on préfèrera.

Les bains d'eaux-mères contenant 1 0/0 de sels à 33-35° c., seront très indiqués ; en cas

d'accès de douleur fulgurante, le bain durera 3/4 d'heure à 1 heure, la température étant maintenue égale. Le malade sortira du bain pour aller se coucher, et on évitera toute manipulation excitante.

Pour agir sur le tabès lui-même, on commencera par se demander s'il y a lieu de calmer ou de tonifier le malade. Dans ce dernier cas, le bain ci-dessus de 10 à 20 minutes de durée sera recommandé à condition de bien rester entre 33 et 35°C. Les tabétiques supportent aussi mal des températures plus élevées que des températures plus basses : dans les deux cas, il faut craindre de provoquer une crise douloureuse. Les bains seront toujours suivis d'une application excitante froide de courte durée. On donnera donc un demi-bain qu'on abaissera peu à peu de 33° à 25°, avec irrigations constantes de la partie supérieure du corps pendant le bain, sans friction, pour éviter une trop grande déperdition de chaleur. On sèche avec un linge chauffé. Pour terminer, lavage à l'eau froide (8 à 12°) des jambes en cas de tabès lombaire, des bras en cas de tabès cervical, de 5 à 10 secondes de durée, et on termine par une friction avec linge chauffé ; le malade est ensuite couché. Dans les cas moins avancés, on peut donner une douche de 1 à 2 minutes à 22°. On individualisera toujours le traitement et on cherchera toujours à obtenir la réaction.

Ces pratiques agissent sur les paresthésies, les douleurs; elles activent la circulation et agissent sur l'état général.

Les enveloppements humides totaux ou partiels seront utilisés avec grande prudence, car la réaction vasculaire est toujours défectueuse chez le tabétique.

Si l'on utilise des bains chargés d'acide carbonique, il ne faut jamais descendre au-dessous de 32°. On terminera toujours par un lavage, pendant 5 à 10 secondes, des extrémités atteintes, avec de l'eau à 8-12°.

En général, 2 à 3 séances par semaine doivent suffire: une cure balnéaire avec traitement quotidien ne permet pas à l'organisme de se remettre des excitations thermiques auxquelles on le soumet.

Les douleurs en ceinture et les douleurs fulgurantes sont aussi calmées par des enveloppements humides localisés au point douloureux. On commence par un lavage rapide avec de l'eau à 12-20°, suivi de friction consécutive au linge sec chauffé; puis on applique un enveloppement humide à 20-25°, qu'on recouvre de flanelle. On peut aussi obtenir parfois des résultats calmants par la chaleur sèche (linges secs ou sacs de sable chaud).

Les bains de lumière électrique sont contre-indiqués, mais l'air sec chaud produit parfois de bons effets.

Dans le pseudo-tabès syphilitique, l'addition de pratiques hydrothérapiques au traitement spécifique représente un appoint important à la thérapeutique de cette affection, mais on se souviendra que les interventions caloriques intensives, si utiles dans le traitement antisyphilitique ordinaire, sont ici fort dangereuses.

Dans les pseudo-tabès par intoxication (plomb, arsénic, etc.), l'hydrothérapie est peu efficace : les résultats sont bien meilleurs dans le pseudo-tabès neurasthénique.

En résumé, dans le tabès vrai, on cherchera par les excitations thermiques méthodiques à enrayer le processus dégénératif et à provoquer des actions de suppléance dans les neurones restés intacts.

E. Voct.

Prophylaxie de la neurasthénie consécutive aux opérations chirurgicales (*Philad. med. J.*, 19 avril 1902). — M. Charles W. Bun rappelle d'abord que la neurasthénie peut se développer ou s'aggraver si elle existait déjà, après toute opération, mais plus fréquemment cependant après le traitement chirurgical d'une affection chronique des organes génitaux externes ou internes chez les femmes. La neurasthénie post-opératoire peut survenir aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Les affections chirurgicales aiguës peuvent également se compliquer de neurasthénie dans la suite.

Dans les cas où une opération immédiate est nécessaire, il est impossible de prévenir la névrose. Tout ce que l'on peut faire c'est d'étudier avec soin le patient et de prendre les mesures les plus convenables pour amener une guérison rapide. Certaines maladies chroniques, comme la varicocèle, sont presque toujours accompagnées de neurasthénie.

Dans beaucoup de cas d'affections chirurgicales chroniques, on se trouvera bien de faire garder le lit au malade pendant plusieurs semaines avant l'opération. Le régime doit être surveillé; la suralimentation est indiquée si depuis longtemps l'alimenttion était insuffisante. Dans certains cas le régime lacté exclusif constitue le meilleur traitement, mais dans la majorité des cas on devra préférer un régime varié et substantiel. On doit recourir au massage et à la faradisation. Quelquefois le choc opératoire sera moindre et la guérison plus rapide.

L. Jumon.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

D' MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux

L'eczéma prurigineux. — Pathogénie et traitement, par A. Robin (*Bul. gén. thérapeutique* 30 mai 1902. — Le principe irritant et générateur du prurit, qu'il soit produit dans le sang ou ailleurs, agit sur le système nerveux et crée avec le prurit ou à sa suite les troubles de circulation et de nutrition qui représentent la série des lésions franchement parenchymateuses. Le prurit, dans les prurigos, est antérieur et supérieur aux lésions. Les travaux de l'auteur, faits en collaboration avec Leredde, prouvent qu'un grand nombre de dermatoses ne sont que le retentissement de troubles dans les fonctions gastriques, et en particulier des fermentations.

Les 30 prurigineux examinés avaient des altérations du chimisme stomacal, même ceux qui n'accusaient aucun trouble fonctionnel. Les uns étaient hypersthéniques, les autres hyposthéniques. Mais ce qui existait chez tous, sans exception, c'étaient des fermentations gastriques.

Cette pathogénie nouvelle de l'éczéma prurigineux comporte aussi une thérapeutique spéciale, qui associe un traitement externe et local au traitement des fermentations gastriques.

On aura beau appliquer des pommades variées, administrer des calmants, on n'obtiendra aucun résultat, si on ne soigne pas l'état dyspeptique qui est l'origine de tout prurigo.

Contre les fermentations lactiques secondaires l'auteur utilise le *fluorure d'ammonium* qui entrave l'action des ferments figurés, sans agir en même temps sur les ferments solubles, sur les zymases, qui sont les agents indispensables de la digestion normale.

S'il s'agit de fermentations butyriques, il emploie *l'iodure double de bismuth et de cinchonidine* (*érythrol*).

On mettra d'abord le malade au *régime lacté absolu*, pendant une période variant de huit jours à un mois : on emploira le lait stérilisé.

De 7 heures du matin à 10 heures du soir toutes les trois heures, un demi-litre de *lait stérilisé* chaud, en mettant une demi-heure pour le prendre, par petites gorgées. Augmenter peu à peu la quantité, de façon à absorber chaque fois 700 grammes.

Afin d'éviter la formation d'acide lactique, au milieu de chaque prise de lait, une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Fluorure d'ammonium	0 gr. 20
Eau distillée	100 grammes

Toutes les fois que le malade aura un malaise d'estomac, aigreur, brûlure, crampe, etc., il saturera l'acide en excès par une des poudres suivantes qu'il mélangera avec un peu de lait ou avec de l'eau :

Lactose	ãã 4 grammes
Magnésie calcinée...	
Bicarbonate de soude.	
Craie préparée.....	6 —

Mêler exactement et diviser en 10 paquets.

Le traitement local ne diffère en rien du traitement classique, mais l'auteur insiste sur un moyen de *traitement local*, qui lui a donné des résultats très satisfaisants.

1° Le jour, saupoudrer les parties eczématisées et prurigineuses avec la poudre suivante :

Poudre d'amidon	60 grammes
Poudre d'oxyde de zinc.	15 —
Camphre finement pulvérisé.....	2 —

Mêler exactement.

2° Le soir, faire une lotion sur les régions atteintes avec de l'ouate hydrophile trempée dans la solution suivante ;

Silicate de soude.....	2 grammes
Eau bouillie.....	300 —

Il est quelquefois préférable de pulvériser cette eau silicatée sur les parties atteintes, au lieu de les laver simplement. En tout cas, on laisse sécher afin que le sel dissous dans l'eau fasse une mince couche isolante à la surface de la peau, et l'on badigeonne ensuite avec un pinceau trempé dans le *baume du Commandeur*.

3° Le baume du Commandeur sèche aussitôt après son application et forme un vernis antiseptique, qui soustrait la peau au contact de l'air, et exerce, de concert avec l'eau silicatée, sur les lésions cutanées et en particulier sur le prurigo, une action palliative et surtout curative.

Il faut avoir soin de ne pas appliquer plusieurs couches de baume du Commandeur, car cela finirait par faire une sorte de carapace difficile à enlever. On répétera chaque jour la pulvérisation à chaud d'eau silicatée, pour enlever la plus grande partie de baume appliquée la veille, avant d'en faire un nouvel enduit.

Les effets du traitement sont des plus rapides. En l'espace d'un mois, le malade sera guéri de son eczéma.

E. Vogt.

Les pâtes médicamenteuses, par Pautrier (*Revue pratique des mal. cutanées*, 1er mai 1902). — Les pâtes médicamenteuses sont des topiques composés de graisses et de substances pulvérulentes, auxquelles on a adjoint un agent médicamenteux.

L'adjonction d'agents médicamenteux aux pâtes simples doit se faire suivant une règle qu'il importe d'observer rigoureusement; ils devront être incorporés aux pâtes dans des proportions telles que celles-ci continuent à permettre la perspiration cutanée et à absorber les sécrétions de la peau grâce à leur pouvoir capillaire.

Si l'on se propose d'ajouter du soufre à la pâte de zinc ordinaire, on retranche une quantité d'oxyde de zinc égale à celle de soufre à incorporer. Par exemple, on formulera :

Soufre précipité.....	4 grammes
Oxyde de zinc.....	6 —
Ceyssatite.....	2 —
Axonge benzoïnée.....	28 —

De même, en partant de la pâte de zinc de Lassar, on pourra prescrire :

Soufre précipité	6 grammes
Oxyde de zinc.....	10 —
Amidon.....	4 —
Lanoline	10 —
Vaseline.....	10 —

Une pâte simple qui conviendra à certains eczémas, pourra être rendue plus épaisse avec grand avantage, dans tel autre cas, par l'adjonction d'une plus grande quantité de matière pulvérulente; telle séborrhée, légèrement irritable, ne supportera une pâte soufrée qu'à 5 ou 6 0/0 de soufre; telle peau séborrhéique, épaisse et résistante, supportera, au contraire, impunément une pâte à 10, 15 0/0 de soufre.

Un grand nombre des médicaments utilisables sont des poudres ou des cristaux ou des aiguilles minuscules, et lorsqu'ils entreront dans la composition d'une pâte pour une quantité suffisante, on devra toujours avoir soin de défalquer une quantité égale de substance pulvérulente inerte : oxyde de zinc ou amidon.

Mais, dans quelques cas, l'agent médicamenteux ne pourra être incorporé à la pâte que sous forme d'une solution ; dans ce cas, on s'adressera exclusivement comme matière grasse à une graisse de laine ; adeps lanæ ou lanoline. Ces graisses jouissent, en effet, de la propriété d'absorber des solutions aqueuses dans une proportion assez considérable. Elles formeront donc avec la solution médicamenteuse un mélange parfaitement homogène auquel on adjoindra des substances pulvérulentes dans une proportion un peu plus considérable pour conserver à la pâte ses propriétés plastiques.

Dans la pâte pyrogallique :

Pyrogallol....	0 gr. 50 à 2 gr. 50
Ceyssatite.....	3 grammes
Amidon.....	9 —
Vaseline..... }	àà 14 —
Adeps lanæ..... }	
Jus de citron récemment exprimé.....	V à X gouttes

(Leistikow).

L'adjonction de jus de citron a pour but d'empêcher la coloration brune, jaune ou noire, que l'acide pyrogallique donne à la couche cornée, coloration qui est favorisée par les alcalis et par l'oxyde de zinc et qui est empêchée par les acides.

Dans la pâte résorcinée :

Résorcine	20 grammes
Oxyde de zinc.....	5 —
Ceyssatite	1 —
Axonge benzoïnée.....	14 —

(Unna).

On cherche à produire au niveau des points où on l'applique, des réactions inflammatoires aiguës avec hyperkératose, aboutissant à l'exfoliation de la surface et à une décongestion persistante du derme.

Les pâtes médicamenteuses occupent une place intermédiaire entre les pâtes simples et les pommades. On aura recours aux pâtes médicamenteuses toutes les fois qu'on aura affaire à une lésion qui n'est pas en état d'inflammation aigu et qu'on se propose de modifier, mais qui est encore suffisamment irritable pour que l'emploi d'une pommade puisse paraître encore dangereux. Par exemple, dans le traitement d'un eczéma aigu, une fois l'œdème et la congestion calmés par l'emploi d'une pâte simple telle que la pâte de zinc de Lassar, on prescrira une pâte médicamenteuse contenant un réducteur faible tel que l'ichtyol, le thiol ou le tuménol, ou encore un goudron en très faible quantité: Les pâtes médicamenteuses constituent ainsi le deuxième stade du traitement d'une dermatose aiguë et préparent l'action des pommades dont elles rendent souvent l'emploi possible en très peu de jours. Elles permettent, en outre, au moment où l'on à recours aux pommades, d'employer des doses médicamenteuses bien plus énergiques, sans danger.

E. Vogt.

Le lactate de mercure dans le traitement de la syphilis, par le Dr E. Gaucher (*Revue de Médecine et de chirurgie*, 10 avril 1902). — Jusqu'ici, les sels mercuriels, solubles dans l'eau, employés en thérapeutique, étaient le bichlorure de mercure, le peptonate de mercure et le ben-

zoate de mercure. Mais, le bichlorure de mercure est très irritant ; le peptonate de mercure et le benzoate de mercure sont très difficiles à préparer, et le dernier de ces produits ne peut être administré efficacement qu'à une assez forte dose (2 centigrammes par jour en injection sous-cutanée).

Il était désirable de trouver un sel mercuriel soluble remplissant les conditions suivantes :

1° d'être un sel à acide organique ;

2° d'être une préparation facile et d'une stabilité indéfinie ;

3° d'être peu irritant, et par suite, peu douloureux, en injections sous-cutanées ;

4° d'être assez riche en mercure pour permettre de n'en injecter chaque jour que 1 centigramme.

Le lactate de mercure répond à ces conditions. Facile à préparer, il s'obtient en dissolvant l'oxyde rouge de mercure dans l'acide lactique, suffisamment dilué (à 1/10 environ).

D'après plusieurs expériences faites sur les animaux, l'auteur a observé que le *lactate neutre de mercure, en solution au centième* (*en injections sous-cutanées*), à la dose quotidienne d'un centigramme de sel ou d'un centimètre cube de solution aqueuse, est absolument inoffensif. De plus, administré *par la bouche en solution aqueuse au millième*, c'est-à-dire, au même titre que la liqueur de Van Swieten, qui est une solution de bichlorure de mercure au millième, ce sel est complètement insipide et n'occasionne aucune nausée.

La dose à prescrire est de 20 grammes par jour, dans une potion gommeuse ou de quatre cuillerées à café, espacées à intervalles à peu près égaux dans la journée, chaque cuillerée à café dans un peu d'eau sucrée ou de lait.

M. Gaucher pense que le lactate neutre de mercure est, de tous les sels mercuriels solubles, celui auquel on doit donner la préférence dans la thérapeutique de la syphilis, qu'on l'administre par la voie sous-cutanée ou par la voie buccale.

R. Blondel.

Pommade contre les brûlures, par M. Héloin (*La Revue médicale de Normandie*, 1902). — La formule suivante, pouvant être utilisée en particulier pour le pansement des brûlures, n'est pas irritante, bien qu'elle soit très antiseptique.

Microcidine (naphtolate de soude)	0 gr. 30
Essence de géranium	ãã 0 gr. 20
— d'origan	
— de verveine	
— de thym	
Vaseline blanche pure	30 grammes

L'auteur pense que cette pommade convient particulièrement au traitement des plaies tégumentaires étendues qui, comme les brûlures, sont d'une extrême sensibilité aux antiseptiques ordinaires.

R. Blondel.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. Blondel,

Chef du Laboratoire de la Maternité, à l'hôpital de la Charité

L'opération d'Alexander dans les rétroversions mobiles de l'utérus, par Le Roy Brown (*Medical Record*, 22 février 1902). — L'auteur, pendant huit années, a pratiqué l'opération d'Alexander pour retroversions mobiles de l'utérus, et a trouvé que cette opération constitue la plus parfaite et la plus sûre des méthodes pour maintenir en avant un utérus simplement réfléchi. Il rapporte 230 cas d'opérations d'Alexander exécutés au Woman's Hospital de New-York, avec deux morts seulement.

M. le Roy Brown fait observer que la condition capitale pour réussir un Alexander est d'avoir un utérus mobile, et quand des adhérences existent, de rompre toutes celles que cet organe peut avoir contractées. Il rappelle la technique de l'opération, en portant une attention toute particulière sur la dissection du fascia superficiel qu'il ne faut pas confondre avec l'aponévrose de l'oblique externe, et montre qu'au point de vue anatomique, chirugical et clinique, les résultats, donnés par l'Alexander, sont excellents.

L'auteur a pour habitude, en faisant la dissection du ligament rond, de conserver les petits nerfs qui accompagnent ce ligament, et, autant que possible, s'applique à les libérer de la gangue cellulaire qui les enveloppe. Il a remarqué qu'après cette méthode, les malades ne se plaignaient plus de douleurs dans cette région.

Enfin, après avoir mentionné la possibilité de l'accouchement d'une façon normale, M. Le Roy Brown note que chez les femmes qui ont eu leurs ligaments ronds raccourcis dans certaines conditions, la hernie inguinale peut survenir consécutivement à un Alexander. Mais cet accident peut facilement être évité, et ne se présente le plus souvent que lorsque l'anneau inguinal interne est de dimensions exagérées, ou que l'orifice superficiel du canal inguinal a été agrandi ou détruit au cours de l'opération.

R. Blondel.

De la pan-hystérectomie pour cancer de l'utérus, par Arthur H. N. Lewers, (*The Lancet*, 4 janvier 1902). — M. Lewers recherche quel est le meilleur mode de traitement du cancer de l'utérus, sous ses deux formes, le cancer du col et le cancer du corps.

Pour le cancer du col, l'hystérectomie par voie vaginale constitue la méthode de choix, car elle permet, tout en donnant au chirurgien plus de facilité pour délimiter l'étendue du carcinome, de pouvoir mieux isoler cette tumeur, et après l'avoir extirpée, de pouvoir cautériser toute la muqueuse vaginale environnante et le tissu sous-muqueux adjacent. De plus, elle n'entraîne d'ordinaire aucun trouble général, et ne s'accompagne pas de tous ces phénomènes de douleurs et de fièvre avec vomissements, si fréquents après une hystérectomie abdominale.

Cependant, dans certains cas, il sera utile, ainsi que le dit M. Lewers, d'employer simultanément l'hystérectomie abdominale et l'hystérectomie vaginale, c'est-à-dire de commencer le premier temps de l'opération par la libération du col de l'utérus. Ce mode d'intervention a l'avantage, non-seulement d'abréger la durée de l'opération, mais encore ne rendre plus facile l'extirpation de toute la partie supérieure des ligaments larges avec les ovaires et les trompes.

Mais, le gros reproche qu'on a fait à l'hystérectomie vaginale dans les cas de cancer de l'utérus, est que cette opération reste incomplète, car elle n'enlève pas les ganglions qui dépendent du territoire lymphatique de l'utérus et qui ont subi la dégénérescence carcinomateuse. Or, d'après M. Lewers, l'envahissement de ces ganglions n'est pas de règle absolue, et, toutes les fois que ces cerniers ont été enveloppés dans le processus cancéreux, il faut penser que l'affection s'est étendue très largement, soit dans le vagin, soit dans le tissu conjonctif environnant le col, et par conséquent, s'abstenir de toute intervention.

L'hystérectomie abdominale totale sera utile dans les cas de cancer primitif du corps de l'utérus, de cancer limité aux parois de cet organe, avec hypertrophie considérable de sa masse. Elle sera conseillée de préférence chez les femmes de 50 à 60 ans surtout celles dont le vagin est devenu excessivement étroit, par atrophie sénile consécutive à la ménopause. En utilisant ce procédé, on fera, d'une façon beaucoup plus étendue, l'exérèse des ligaments larges, des ovaires et des trompes ; mais on devra prendre soin de ne pas contaminer le péritoine par les déchets néoplastiques qui pourraient s'échapper de l'orifice du col utérin. A ce sujet, M. Lewers recommande de fermer cet orifice par une ligature passant à travers le col.

Mais, de ces deux hystérectomies par voie vaginale et par voie abdominale, quelle est celle qui donne le moins de mortalité ?

En 1879, d'après Greig Smith l'hystérectomie abdominale avait une mortalité de 70 0/00, et l'hystérectomie vaginale de 30 0/00. Aujourd'hui dit M. Lewers, il ne doit exister aucune différence entre la moyenne de ces deux mortalités, aux yeux d'un opérateur qui a acquis une égale habileté dans l'une ou l'autre de ces deux opérations, et qui surtout, pour la pan-hystérectomie, utilise le procédé à pédicule intra-péritonéal.

L'auteur ajoute que dans tous les cas de fibromes où il dut intervenir, il opéra par la voie abdominale et obtint toujours des résultats heureux. Il termine en mentionnant deux cas de cancer du corps de l'utérus, suivis de guérison, où il fit l'hystérectomie abdominale totale, avec conservation des annexes gauches dans chaque cas. R. Blondel.

Traitement des fibromes-utérins compliquant la grossesse (*Société de chirurgie*, 22 mai 1902). — M. Delbet, est partisan de la temporisation dans les fibromes-utérins compliquant la grossesse. Il est rare, dit-il, qu'ils l'empêchent d'évoluer ; l'utérus gravide est très tolérant vis-à-vis des fibromes, les accoucheurs le reconnaissent. Il serait préférable de n'opérer que lorsque la grossesse est à terme. L'enfant sera sauvé et la mère ne courra pas plus de dangers. Le moment le plus favorable serait dans les derniers jours de la grossesse, sans attendre le début du travail. Cette ligne de conduite conserne principalement les cas graves ceux ou le fibrome peut mettre sérieusement obstacle à l'accouchement.

A. Benoit.

Pharmacologie

Dr Vogt

Ex-Assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Communication nouvelle concernant l'hédonal (*Fortschr. d. Medicin* n° 5 *1902*). — Tendlau revient sur les recherches instituées par lui dans le service du Pr Goldscheider (Hôpital Maabit à Berlin). Les résultats obtenus sont plus favorables encore, car des malades atteints d'insomnie à la suite de douleurs violentes, d'affections cardiaques graves, ont retrouvé le sommeil à la suite de l'administration de cet hypnotique à la dose de 2 grammes. Même ré-

sultat dans un cas de prurit généralisé avec insomnie. Dans un cas de phtisie pulmonaire, une dose de 1 gramme suffit pour procurer un bon sommeil. Le médicament n'agit pas employé seul dans les cas d'excitation cérébrale marquée, exigeant l'emploi de la morphine, mais il servira à soutenir l'action calmante de celle-ci et permettra d'éviter la nécessité d'une augmentation trop rapide des doses.

E. Vogt.

Contributions expérimentales à l'étude des nouveaux médicaments dissolvant l'acide urique (*Pester. med. chir. Presse*, 23 mars 1902). — Les recherches de Meisels, faites sur des animaux et dans quelques cas sur l'homme, ont donné les résultats suivants :

L'*urotropine* aux doses de 1 gr. à 1 gr. 50 par jour, n'a pas d'action dissolvante sur l'acide urique : c'est un médicament bactéricide.

Le *tartrate et le chlorhydrate de pipéridine* dissolvent 24 à 28 0/0 d'acide urique.

La *lysidine* dissout énergiquement l'acide urique.

Le *sidonal* dissout 38, 53 0/0 d'acide urique.

Le *pipérazine* enfin en dissout jusqu'à 71, 5 0/0.

E. Vogt.

Emploi de l'éther de l'acide paramidobenzoïque (*Deutsche med. Wochenschrift*, 29 mai 1902). — Dunbar a recommandé tout dernièrement sous le nom d'anesthésine ce produit et surtout son chlorhydrate, pour l'obtention de l'anesthésie locale. Ritsert est depuis parvenu à obtenir le médicament sous une forme facilement soluble dans l'eau, ce qui permit d'augmenter les doses injectées. La formule à recommander reste la même (*Voir cette Revue*, p. 378, 1902), et avec l'anesthésine soluble, l'effet d'insensibilisation peut durer plus d'une demi-heure; il ne se produit aucune douleur consécutive. La préparation est dépourvue de toxicité et ne provoque aucune irritation : elle se conserve indéfiniment.

L'auteur estime que l'anesthésine constitue un succédané absolument satisfaisant de la cocaïne et trouvera par la suite des indications beaucoup plus nombreuses que cette dernière.

E. Vogt.

Injections sous-cutanées d'yohimbine (*Deutsche med. Wochenschrift* 29 mai 1902). — Eulenburg utilise depuis quelque temps cet aphrodysiaque en injections sous-cutanées dans les cas d'impuissance d'origine neurasthénique. La solution est à 2 0/0 ; on la conserve en flacons colorés. On commencera par injecter une demi seringue de Pravaz, donc 0 gr. 01 de substance active, à la face interne de la cuisse : on peut arriver, par augmentation successive des doses, à 1 gramme de substance active par injection. On débutera par des injections quotidiennes : dès que l'effet commence à se produire, on n'injecte que tous les 2 ou 3 jours : en général, on ne dépassera pas le chiffre de 20 injections en tout.

On n'observe pas de troubles accessoires : sur les 12 cas traités, il n'y eut que dans 3 cas de légers frissons suivis de transpiration au cours des premières injections : cet effet disparut aux injections suivantes, sauf dans un seul cas. L'érection ne se manifeste que tardivement en général (12 heures après l'injection).

En résumé, ce traitement paraît, dans l'impuissance neurasthénique. donner des résultats supérieurs à tous les autres jusqu'ici préconisés.

E. Vogt.

Une nouvelle médication martiale, le nucléinate de fer, par Dor (*Rev. intern. de méd. et de chir.*, 10 mai 1902). — Le sel de fer qui se trouve dans l'œuf des animaux ovipares et aux dépens duquel se forme la totalité de l'hémoglobine du poulet est un nucléinate de fer.

Le nucléinate de fer ingéré par la voie buccale fournit à l'organisme une plus grande quantité de fer réellement assimilé que les autres sels de fer.

Le nucléinate de fer a-t-il des propriétés chimiques spéciales qui le distinguent des autres sels de fer? C'est là le point important. Il est le seul sel de fer qui ne se transforme pas en chlorure de fer au contact du suc gastrique. Une fois les sels de fer transformés en chlorure que se passe-t-il? Une petite quantité est absorbée directement et cette petite quantité est nuisible puisque tous les sels de fer injectés dans le sang sont nuisibles, mais la plus grande quantité est précipitée par les sucs alcalins du duodénum et passe à l'état d'oxyde de fer. C'est sous cette forme que les cellules du duodénum absorbent le fer par une véritable phagocytose, puis les globules blancs, riches en acides nucléinique, interviennent, s'emparent de l'oxyde de fer et le transforment en nucléinate de fer lequel s'accumule dans le foie, dans la rate et dans la moelle osseuse. Ultérieurement, il s'effectuera une transformation en ferrate d'ammoniaque et c'est sous cette forme que se trouve le fer dans la molécule hématine, laquelle est une des composantes de l'hémoglobine.

Est-il permis de supposer que, lorsqu'on ingère du nucléinate, celui-ci passe directement dans l'organisme sans avoir subi aucune transformation? Le nucléinate de fer n'est attaqué, ni par le suc gastrique, ni par le suc pancréa-

tique; par conséquent à aucun moment il ne donnera naissance à du chlorure de fer. Ou bien le nucléinate est directement absorbé et il s'accumule dans le foie sans avoir subi aucune transformation, ou bien il est réduit en ses éléments et ce n'est pas le même nucléinate qui se trouve dans le tube digestif et dans les globules blancs après le passage au travers de la paroi intestinale, passage qui s'effectuerait dans ce cas sous forme d'oxyde de fer. Toujours est-il que c'est sous forme de nucléinate de fer que l'on retrouvera le fer dans le foie et qu'il est par suite naturel de penser que l'ingestion de nucléinate est la meilleure manière de fournir à l'organisme le fer qui lui est nécessaire.

L'auteur a fait préparer deux nucléinates de fer — l'un avec de la caséine, l'autre avec des laitances et les a expérimentés sur des lapins.

Les résultats obtenus montrent que l'acide nucléinique est identique à lui-même ou tout au moins que les nucléinates de fer ont identiquement la même action, que leur provenance soit de la laitance ou de la caséine, et que le fer du nucléinate de fer est assimilable.

L'auteur ayant essayé sur lui-même l'effet de doses fortes, a supporté sans ressentir aucun malaise 1 gramme de nucléinate par jour pendant deux ou trois jours, et différentes personnes de son entourage ont été jusqu'à 2 grammes. Des malades ont reçu des doses de 0 gr. 50. Ces doses ont été très facilement tolérées et on a obtenu rapidement des résultats qui ont paru probants.

E. Voct.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

MÉDICATIONS TONIQUES.

(*Suite et fin.*)

PRÉPARATIONS D'ARSENIC.

Acide arsénieux. Granules à 1 milligramme. (Granules de Dioscorides) 1 à 10.

Solution au 1000e (Liqueur de Boudin) 5 à 10 grammes.

Enfants, 0 gr. 001 par année.

Arséniate de potasse :

Liqueur de Fowler (contenant un centième en poids d'acide arsénieux).

XXIII gouttes pèsent 1 gramme ; 1 goutte contient 0 gr.000.4 d'acide arsénieux.

VI à XX gouttes chez l'adulte.

Enfants, II gouttes par année d'âge

On peut formuler :

Liqueur de Fowler....	4 grammes
Eau distillée.....	100 —

Chaque cuillerée à café contient : 0 gr. 002 d'acide arsénieux.

Arséniate de soude — 1 gramme correspond à 0 gr. 32 d'acide arsénieux.

0 gr. 001 à 0 gr. 10 chez l'adulte en granules, solution.

Liqueur de Pearson : XX gouttes pèsent 1 gr. et contiennent 0 gr. 0016 d'arséniate de soude ; XII gouttes contiennent 0 gr. 001 de sel.

XX à XL gouttes chez l'adulte.

Enfants, V à XX gouttes.

Arséniate de soude...	0 gr. 20
Gouttes amères de Baumé.....	10 grammes

IV à VI gouttes à chaque repas.

Arséniate de soude..	0 gr. 10
Sirop de quinquina Sirop de gentiane.	àà 200 grammes

20 grammes contiennent 0 gr. 005 d'arséniate de soude. 2 cuillerées à soupe par jour.

Citrate de fer ammoniacal.....	10 grammes
Acide citrique.....	1 —
Arséniate de soude..	0 gr. 10
Eau qs. pour.....	200 grammes

2 cuillerées à café par jour.

Cacodylate de soude : 0 gr. 02 à 0 gr. 15.

En pilules, solution : 0 gr. 05 à 0 gr. 10 en injections hypodermiques.

Enfants : 0 gr. 01 par année (à partir de 2 ans)

Elixir :

Cacodylate de soude.....	1 gr.
Rhum.....	
Sirop de sucre	20 —
Eau distillée.....	60 —
Essence de menthe.....	II gouttes

0 gr. 05 par c. à café.

Pilules :

Cacodylate de soude.....	0 gr. 025
Extrait de gentiane.....	Q. s.
Sucre de lait..... ..	0 gr. 05

pour 1 pilule.

Solution (à administrer par gouttes) ;

Cacodylate de soude.....	0 gr. 20
Eau distillée.....	50 gr.

0 gr. 01 par V gouttes.

Solution pour injections hypodermiques :

Cacodylate de soude pur....	6 gr. 40
Alcool phéniqué.....	X gouttes
Eau distillée et stérilisée....	100 gr.

0 gr. 05 par cent. cube. (A. Gautier).

Méthylarsinate disodique :

0 gr. 02 à 0 gr. 10 en granules, solution concentrée (0 gr.05 en injections hypodermiques).

PRÉPARATION DE MANGANÈSE :

Carbonate de Manganèse 0 gr.10 à 0 gr. 30. en poudre, pilules.

Bioxyde de Manganèse 0 gr. 10 à 0 gr. 50.

Sulfate de Manganèse 0 gr. 05 à 0 gr. 50 en cachets, pilules.

PRÉPARATIONS DE PHOSPHATE DE CHAUX :

Phosphate monocalcique 0 gr. 25 à 2 gr. en élixir, sirop, solution, vin.

Sirop

Phosphate monocalcique.	5 grammes
Alcoolature de citron.....	3 —
Sirop simple.....qs.	300 —

20 grammes renferment 0 gr. 25 de phosphate monocalcique.

Solution

Phosphate monocalcique...	5 grammes
Glycérine neutre.....	50 —
Eau distillée q. s. pour....	300 —

15 grammes renferment 0 gr. 25 de phosphate monocalcique.

Vin

Phosphate monocalcique...	17 grammes
Eau distillée.....	20 —
Sirop simple.....	60 —

Vin de Grenache q. s. pour 1 litre.

1 cuillerée à soupe renferme 0 gr. 25 de phosphate monocalcique.

LÉCITHINE. — 0 gr. 20 à 0 gr. 60 en pilules ou granulé, solution huileuse.

0 gr. 05 en injections hypodermiques (solution huileuse contenant 0 gr. 05 par cent. cub.)

Huile de foie de morue....	1000 grammes
Lécithine.....	4 —

1 à 4 cuillerée à soupe.

G. LYON.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

La catastrophe de la Martinique et les étudiants en Médecine de Saint-Pierre. — L'épouvantable catastrophe, qui a soudainement détruit la ville de Saint-Pierre et ravagé la Martinique, a excité l'horreur et la compassion dans tout le monde civilisé et l'humanité tout entière s'est sentie atteinte. Nous nous sentons tous solidaires ; mais, sans vouloir en rien détourner le courant de fraternité universelle, il semble cependant que la famille médicale a le droit et le devoir de s'occuper plus spécialement de ses membres si atrocement frappés.

Le conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de Paris croit devoir attirer l'attention du corps médical sur la situation des étudiants en médecine originaires de Saint-Pierre ou des environs.

Nous pensons obtenir facilement, pour ceux qui ne l'ont pas déjà, la gratuité des inscriptions et des travaux pratiques; mais il parait, en outre, nécessaire d'assurer leur entretien pendant la durée de leurs études.

Il est à craindre que le Comité officiel ne puisse obtenir un résultat complet — il y a tant de misères ! —, mais l'initiative privée peut lu venir en aide ; le corps médical pourrait, dans la mesure du possible, suppléer à la suppression des petites mensualités que ces malheureux jeunes gens ne recevront plus de leurs familles éteintes.

Il suffirait de former un Comité médical, composé de médecins, s'adressant aux médecins, pour assurer l'entretien des étudiants en médecine, originaires de Saint-Pierre ou des environs.

Le Comité serait formé facilement par les médecins créoles des Antilles, les représentants des Associations médicales, des Sociétés médicales savantes ou professionnelles, de la Presse médicale, etc. Les fonds seraient centralisés par le caissier de l'Académie ou de la Faculté de Médecine ou de l'Association de la Presse.

En conformité de cette circulaire, les étudiants en médecine *originaires de Saint-Pierre et des environs*, sont priés de se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, pour que le Comité en formation puisse agir d'après des bases certaines et efficacement.

Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Rome. — Le IVe Congrès international de gynécologie et d'obstétrique se tiendra à Rome, du 15 au 21 septembre, sous le patronage du roi d'Italie et sous la présidence d'honneur du Ministre de l'Instruction publique et de Guido Baccelli.

Président du Congrès : professeur Ercole P. squali (de Rome).

Président de la section d'Obstétrique : professeur Morisani (de Naples).

Président de la section de Gynécologie : Professeur Mangiagalli (de Pavie).

Secrétaire général : Professeur Pestalozza (de Florence).

Membres du Comité d'organisation : professeur Calderini (de Bologne); professeur Gazzoni (de Messine; professeur La Torre (de Rome); professeur Negri (de Venise); professeur Truzzi (de Padoue).

Secrétaires : professeurs Caruso (de Naples); Regnoli (de Rome); Rossi Doria (de Rome).

Trésorier : M. Cesare Micheli, 127, via Rasello, Rome.

Rapports : 1° Les indications médicales à la provocation de l'accouchement, par MM. Barton-Cook-Hirst (de Philadelphie); Hofmeier (de Wurtzbourg); Pinard (Paris); Rein (de Pétersbourg); Schauta (de Vienne); Simpson (d'Edimbourg);

2° De l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale, par MM. Fehling (de Strasbourg); Léopold (de Dresde); Treub (d'Amsterdam); Tuffier (de Paris);

3° La tuberculose génitale, par MM. Marbin (de Greifswald) et Veit (de Leyden):

4° La cure chirurgicale du cancer de l'utérus, par MM. Culle (de Baltimore); Freund (de Berlin); Jonnesco (de Bucarest); Pozzi (de Paris); Wertheim (de Vienne).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Jayle, secrétaire du Congrès pour la France, 232, boulevard Saint-Germain.

Marcel Baudoin.

XIVe Congrès international de médecine (*Madrid*, 23-30 avril 1903). — Les travaux préparatoires du XIVe Congrès international de médecine qui doit avoir lieu à Madrid dans les jours du 23 au 30 avril 1903, se poursuivent activement.

Dans presque tous les pays d'Europe et d'Amérique, des Comités nationaux de propagande se sont constitués. Le ministre des affaires étrangères d'Espagne a invité tous les gouvernements à se faire représenter au Congrès; une invitation analogue a été envoyée à toutes les Universités, écoles de médecine, etc., ainsi qu'aux principales Sociétés médicales de tous les pays. Parmi les nombreuses inscriptions qui, jusqu'à présent, sont parvenues au secrétariat général, figurent déjà 85 délégués, et tout fait prévoir que la participation à ce Congrès ne le cèdera en rien à celle des Congrès passés.

L'organisation scientifique ne promet pas moins de bons résultats. Parmi les illustrations médicales qui déjà ont annoncé des conférences de grand intérêt, citons Pavlov, Thomson, Maragliano, Laache, Waldeyer, Cajal, etc. Les différentes sections ont presque toutes arrêté leurs thèmes officiels et ont commencé à désigner les rapporteurs étrangers. Dans le programme préliminaire qui va être publié dans peu de temps figureront, en outre des thèmes officiels, nombre de communications qui ont été annoncées.

Les démarches nécessaires ont été faites pour obtenir des Compagnies de chemins de fer et de navigation les réductions d'usage; le résultat sera publié ultérieurement.

Les médecins qui ne seront pas empêchés par leurs occupations de se rendre au Congrès de Madrid, peuvent être sûrs qu'un accueil des plus chaleureux les y attend; en fait foi le grand enthousiasme qui anime tout le corps médical espagnol.

En vue de faciliter le grand travail que l'année précédant le Congrès apportera au Secrétariat général, MM. les médecins qui désirent s'inscrire comme membres, sont priés de le faire le plus tôt possible, en joignant à leur demande un chèque sur Madrid de 30 pesetas (23 à 25 fr. selon les oscillations du change).

Thérapeutique expérimentale. — Le Pr von Behring de Marburg aurait l'intention, d'après la *National Zeitung*, d'offrir les 200.000 francs du prix Nobel qui lui sont échus en partage, au gouvernement prussien, à charge pour lui de construire un Institut de thérapeutique expérimentale à l'Université de Marburg.

Nlle Imprimerie. E. Lasnier dir., 35-37, rue St-Lazare, Paris — Le Propriétaire-Gérant : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Premier Congrès Egyptien de Médecine. (Le Caire, 19-23 décembre 1902. — Comité National Français 15, *rue de l'Ecole-de-Médecine. Paris.* — Le Premier Congrès égyptien de Médecine se tiendra au Caire, du vendredi 19 au mardi 23 décembre 1902, sous le haut patronage de S. A. le Khédive.

Président du Congrès : Dr Ibrahim Pacha Hassan.

Secrétaire général : Dr Voronoff.

Section : Pathologie interne. *Président* : Dr Comanos Pacha.

Maladie des pays chauds..... Dr Ruffin.

Chirurgie..... Dr Milton.

Ophtalmologie..... Dr Mohamed Bey Eloui.

Questions mises plus particulièrement à l'étude.

Hépatite des pays chauds et abcès du foie. — Sections réunies.

Bilarzia hœmatobia. — Section des maladies des pays chauds et de chirurgie.

Fièvres bilieuses et paludéennes. — Filariose. — Section des maladies des pays chauds.

Ankylostome drodénal. — Choléra. — Dysentérie. — Lèpre. — Peste. — Section de pathologie interne.

Lithiase urinaire. — Section de chirurgie.

Granulations conjonctivales. — Anomalie de la réfraction dans les écoles. — Ophtalmie égyptienne. — Ophtalmie purulente. — Section d'ophtalmologie.

Les langues française et arabe sont les langues officielles du Congrès.

La cotisation est de 25 francs. Les versements doivent être faits par chèque ou mandat-poste à l'adresse suivante : M. le Trésorier général du premier Congrès égyptien de médecine, le Caire (Egypte). Prière de joindre une carte de visite.

Le Comité national français, présidé par M. le professeur Lannelongue, se tient à la disposition des Congressites français pour leur fournir les renseignements qu'ils désireraient. S'adresser à M. le Dr Achard, secrétaire général du Comité français, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

Des fêtes seront données au Caire à l'occasion du Congrès.

Le Comité égyptien a organisé pour les Congressites les excursions suivantes, qui seront faites après le Congrès :

Le Caire et environs. — Prix (tous frais de transport) : environ 100 francs.

1er jour, matin : Citadelle, Mosquée des sultans Hassan et Mohamed Ali, Puits de Joseph, Tombeaux des Mamelucks. — Après midi : Vieux Caire, Eglise copte, Ile de Rhodes, Mosquée d'Amron.

2e jour, matin : Pyramides de Ghizeh, Sphinx, Déjeuner au temple du Sphinx. — Après-midi : Musée égyptien.

3e jour, matin : Maharieh (arbre de la Vierge). Héliopolis, Obélisque, Parc aux Autruches. — Après-midi (à ânes) : Tombeau du Kalife, Forêt pétrifiée, Mokattam.

4e jour : Excursion au Sakkara, en bateau jusqu'à Bedrachen, à ânes jusqu'à Memphis et aux pyramides de Sakkara. Tombeaux d'Apis, de Mira et de Ti.

Haute Egypte. Excursion rapide (4 jours). — Prix (établi avec réduction de 50 0/0 sur les chemins de fer) : 126 fr. 75 en 1re classe, 92 fr. 50 en 2e classe (tous frais compris). Départ du Caire à 6 h. 30 du soir, arrivée à Louxor à 8 h. 30 du matin.

1er jour : Excursion à Thèbes, Tombeaux des rois Dein-el-Bakri, Ramsès, Les Colosses, Médinet-Abou, Tombeau de la reine Hatasou.

2e jour : Temples de Karnak et de Louxor. Départ à 11 h. 30 du matin, arrivée à Assouan à 6 h. 30 du soir.

3e et 4e jours : Excursion à Phila et la 1re Cataracte. Visite (à ânes) au sanatorium. Promenade en barque autour de l'île Eléphantine.

Hôtels de Louxor : hôtel de Karnak. — d'Assouan : hôtel de la Cataracte et Grand hôtel.

Excursions plus longues (Agence Cook, prix réduits de 50 0/0. — 3 semaines. Prix 625 francs, bateaux-touristes du 30 décembre. — 19 jours : Prix : 287 fr. 50, bateaux-express des 27 et 30 décembre et 3 janvier.

Prix des hôtels du Caire, réduits sur le tarif ordinaire :

Savoy Hôtel	environ 18 francs par jour (25 0/0 sur le tarif).			
Ghezirech Palace Hôtel	»	15	»	»
Shewards Hôtel	»	15	»	»
Continental Hôtel	»	15	»	»
Hôtel d'Angleterre	»	13 10	»	»
Hôtel du Nil	»	10	»	(20 0/0 »
Hôtel Bristol	10 francs par jour (prix spécial).			
Eden Palace Hôtel		»	»	

A la demande de M. Lannelongue, la Cie du Canal de Suez a mis gracieusement à la disposition des Congressites français un bateau pour la visite du canal.

FELIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e).

COLLECTION MÉDICALE

Volumes in-12, cartonnés à l'anglaise, à 4 francs et à 3 francs

(franco contre mandat-poste)

Traité de l'incubation du larynx, dans les sténoses laryngées aiguës et chroniques de l'enfant et de l'adulte, par le Dr A. Bonain, chargé du service spécial des maladies de nez, des oreilles et du larynx, à l'Hôpital civil de Brest, avec 43 gravures. 4 fr.

Manuel d'électrothérapie et d'électrodiagnostic, par le Dr E. Albert-Weil, chargé du service d'électrothérapie à la clinique chirurg. infantile de l'hôp. Trousseau, avec 80 grav. 4 fr.

L'Hystérie et son traitement, par le Dr Paul Sollier..... 4 fr.

La profession médicale, *Ses Devoirs, Ses droits*, par le Dr Morache, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bordeaux..... 4 fr.

Les maladies de l'urèthre et de la vessie chez la femme, par le Dr Kolischer,. 4 fr.

L'Instinct sexuel, *Evolution, Dissolution*, par le Dr Ch. Féré. 2e édition..... 4 fr.

L'Education rationnelle de la Volonté, *son emploi thérapeutique*, par le Dr P. E. Lévy, préface de M. le Professeur Bernheim, 3e édition..... 4 fr.

Manuel théorique et pratique d'accouchements, par le Dr A. Pozzi, avec 138 grav. 2e éd. 4 fr

La mort réelle et la mort apparente, nouveaux procédés de diagnostic et traitement de la mor-apparente, par le Dr S. Icard, avec gravures (*récompensé par l'Institut*)..... 4 fr.

L'idiotie, *Psychologie et éducation de l'idiot*, par le Dr J. Voisin..... 4 fr.

La famille nevropathique, *Hérédité, prédisposition morbide, dégénérescence*, par le Dr Ch. Féré, avec gravures, 2e édition..... 4 fr.

Manuel de percussion et d'auscultation, par le Dr P. Simon, avec 48 gravures..... 4 fr.

Eléments d'anatomie et de physiologie génitales et obstétricales, par le Dr A. Pozzi. avec 219 gravures..... 4 fr.

Le traitement des aliénés dans les familles, par le Dr Féré, 2e édition..... 3 fr.

Morphinomanie et morphinisme, par le Dr P. Rodet (*couronné par l'Ac. de Méd*..... 4 .

HYGIÈNE

Le phtisique et son traitement hygiénique, par le Dr E.-P. Léon Petit, avec 20 gravures (*couronné par l'Académie de Médecine*)..... 4 fr.

Hygiène de l'alimentation dans l'état de santé et de maladie, par le Dr J. Laumonier, avec gravures, 2e édition..... 4 fr.

L'alimentation des nouveau-nés. *Hygiène de l'allaitement artificiel*, par le Dr S. Icard, avec 60 gravures (*couronné par l'Académie de Médecine*)..... 4 fr.

L'hygiène sexuelle et ses conséquences morales, par le Dr S. Ribbing..... 4 fr.

Hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens, par le Dr F. Lagrange, 7e éd. 4 fr.

De l'exercice chez les adultes, par le Dr F. Lagrange, 4e édition..... 4 fr.

Hygiène des gens nerveux, par le Dr Levillain, 4e édition..... 4 fr.

L'éducation physique de la jeunesse, par A. Mosso..... 4 fr.

La fatigue et l'entraînement physique, par le Dr Ph. Tissié, préface de M. le professeur Bouchard, avec gravures (*couronné par l'Académie de Médecine*)..... 4 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

Inhalateur à réservoir d'air pour l'anesthésie par le bromure d'éthyle, le chlorure d'éthyle, etc.

par M. L. DE CRÉSANTIGNES.

Si l'anesthésie par le chloroforme ou l'éther s'impose quand il s'agit d'une opération urgente, de longue durée, il faut convenir que le praticien n'est guère disposé à se servir de ces agents pour une de ces nombreuses petites opérations, qui, bien que terminées en quelques secondes, n'en sont pas moins parfois fort douloureuses.

Sans céder même à la crainte des accidents mortels, fort rares heureusement, mais avec lesquels il y a lieu de compter toutefois, le praticien n'aime pas à se servir d'anesthésiques qui entraînent pour lui-même aussi bien que pour son client une série d'inconvénients sur lesquels je n'ai pas à m'étendre car ils sont connus de tous.

Lorsque les auteurs eurent publié des travaux sur un autre ordre de produits (bromure d'éthyle, chlorure d'éthyle, etc.) dont les caractères communs sont de se volatiliser à basse température, d'amener l'anesthésie par inhalation en quelques secondes, d'être suivis d'un réveil rapide exempt de malaise, et surtout de n'entraîner aucun accident grave, on pouvait croire à la fortune rapide de ces nouveaux venus.

Ces prévisions ne se sont pas justifiées.

A l'heure actuelle, le bromure d'éthyle n'est guère employé que par les laryngologistes pour l'ablation des végétations adénoïdes et des polypes naso-pharyngiens, puis par quelques chirurgiens qui engourdissent leurs patients avant de les endormir par le chloroforme, afin de les soustraire à l'éventualité de la syncope laryngo-réflexe du début.

Le chlorure d'éthyle a été l'objet de recherches récentes : Malherbe, Reboul, Derocque, Guinard, Lepage et Le Lorier viennent d'appeler l'attention sur les services que peut rendre cette substance, mais son emploi est encore peu répandu.

Il est juste aussi d'ajouter que, depuis la communication de Rolland au Congrès d'Ajaccio (1901), bon nombre de dentistes se servent d'un mélange connu sous le nom de somnoforme (chlorure d'éthyle 60, chlorure de methyle 35, bromure d'éthyle 5).

Or, pourquoi les médecins n'emploient-ils pas couramment une catégorie d'anesthésiques doués de si remarquables propriétés pour toutes les opérations de courte durée qui se présentent à chaque instant dans la pratique?

Les uns semblent s'être désintéressés de la question, mais leur indifférence est passagère, j'en suis sûr, puisque le sujet revient à l'ordre du jour. D'autres auront sans doute, après expérience, éprouvé quelques déboires et s'en seront tenus là. Il faut reconaître avec eux que l'emploi des anesthésiques volatils à basse température présente quelques inconvénients, qui consistent surtout dans la défense du sujet au début de l'anesthésie et dans la production possible de phénomènes d'excitation, parfois d'une grande violence.

Mon appareil supprime le premier de ces inconvénients et atténue notablement les autres.

Rappelons d'abord que, pour obtenir l'anesthésie par le bromure d'éthyle et les substances du même ordre, il est indispensable que leurs vapeurs soient méiangées à une quantité d'air minima et respirées à dose massive (Lubet-Barbon et tous les auteurs).

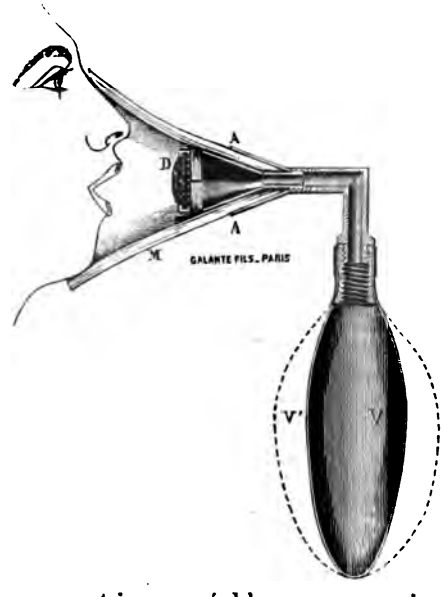
Les dispositifs, actuellement en usage, remplissent-ils ces conditions ? Je ne le pense pas.

Si l'on emploie une compresse simple ou un masque de flanelle dont l'armature en fil métallique s'adapte mal aux divers plans du visage, l'air passe trop librement et la proportion des vapeurs du mélange diminue bien vite, d'où une anesthésie lente, incomplète, fugitive, irrégulière.

Se sert-on d'un mouchoir épinglé en forme de cornet et contenant entre ses plis une feuille de taffetas gommé qui assure une herméticité à peu près complète, on n'encourt plus le même reproche. Mais le sujet, dont le nez et la bouche sont emprisonnés dans un espace trop restreint, n'arrive pas à gonfler ses poumons d'une quantité normale dans le temps d'une inspiration normale, quelque force qu'il y mette; quant à l'expiration, elle se fait dans des conditions tout aussi défectueuses. De là, une angoisse véritable, la sensation d'une asphyxie imminente; le sujet se débat, cherche à se soustraire au masque, soit en l'arrachant avec les mains, soit en reculant brusquement la tête.

Or, il ne s'agit pas là, remarquons-le bien, d'une période d'excitation que l'on puisse rapporter à l'action du médicament : c'est simplement une défense instinctive contre le manque d'air.

Voyons maintenant ce qui se passe avec l'*Inhalateur à réservoir d'air* construit sur mes indications par M. Galante et que M. le professeur Paul Berger a eu l'extrême obligeance de présenter à l'Académie de médecine (20 mai 1902).



Le sujet respire dans un cornet imperméable en communication à son extrémité avec une vessie souple, moyennement distendue, contenant une quantité d'air qui correspond à ce que les physiologistes nomment « l'air respiratoire », c'est-à-dire d'un demi à trois quarts de litre.

Le cornet est formé par un simple mouchoir épinglé avec soin, entre les plis duquel est disposée une feuille de papier épais; dans le fond se trouve une griffe qui porte une petite éponge destinée à recevoir l'anesthésique.

Le fonctionnement est des plus simples.

Il faut commencer par mettre le sujet en confiance en lui enseignant d'abord à respirer convenablement dans l'appareil non chargé d'anesthésique; le cornet doit emprisonner le nez et la bouche, et ses bords, légèrement étalés, seront exactement appliqués sur la face à l'aide des deux mains. La bonne exécution des mouvements d'inspiration et d'expiration aura pour effet de vider, puis de remplir alternativement la vessie.

Ceci fait, on verse où l'on projette d'un seul coup dans le fond du cornet, sur l'éponge et la zone avoisinante la quantité voulue de liquide : pour un adulte, environ 15 cc. de bromure d'éthyle, 10 cc. de chlorure d'éthyle, 5 cc. de somnoforme, puis très rapidement on le réapplique sur la face comme il vient d'être dit.

L'air contenu dans la vessie est inspiré sans effort après s'être chargé de vapeurs anesthésiques au passage, puis retourne lors de l'expiration dans la vessie pour y être repris, et ainsi de suite, jusqu'à ce que l'anesthésie se produise.

Donc :

1° Le patient inspire et expire sans effort, suivant le rythme normal; il n'éprouve aucun angoisse, il ne se débat pas.

2° Chaque inspiration fait pénétrer largement, à dose massive dans les poumons un air qui est *et reste* saturé de vapeurs, sans déperdition notable.

En général de cinq à dix inspirations suffisent. On voit alors le regard prendre une fixité particulière ou bien les paupières s'abaisser. Si après avoir soulevé la main on l'abandonne, on peut constater soit que le bras reste en l'air comme dans l'état de catalepsie, soit qu'il retombe inerte.

L'un ou l'autre de ces deux ordres de phénomènes indique que le moment est venu d'opérer, mais il faut au préalable retirer le masque complètement.

La durée de l'anesthésie varie suivant diverses conditions dont l'étude est encore à faire, de quelques secondes à une minute et même davantage. Si le patient se réveille trop tôt, on peut réappliquer le masque chargé à nouveau d'anesthésique ; on est même autorisé à recommencer plusieurs fois, mais à la condition de laisser respirer à l'air libre dans l'intervalle. Il reste bien entendu toutefois que pour des opérations un peu longues, c'est au chloroforme ou à l'éther que l'on aurait recours.

Mes premiers essais ont eu lieu à l'Ecole dentaire de Paris où des malades ont été mis très obligeamment à ma disposition par M. le docteur Pinet, ancien chef de laboratoire de la Faculté, professeur d'anesthésie à l'École dentaire, et par M. Ch. Jeay, son chef de clinique. Je m'acquitte d'un devoir très agréable en leur offrant à tous deux mes bien sincères remerciements.

Les résultats obtenus avec mon appareil ont été reconnus manifestement supérieurs à ceux que fournissaient les dispositions précédemment employés. La défense du début tait évitée; l'anesthésie se produisait rapide, plus régulière, et même la durée de la période utilisable a paru sensiblement augmentée.

En clientèle, j'ai eu des succès analogues.

Il serait donc regrettable que l'emploi des anesthésiques volatilisables à basse température, simplement facilitée par mon inhalateur, ne prît pas à l'avenir une large place dans la pratique médicale.

Une observation de migraine traitée par l'arrhénal,

par le Dr Edmond Chaumier, de Tours.

Je suis migraineux depuis les premières années de ma vie ; dès l'âge de trois ou quatre ans, j'avais fréquemment des migraines qui me faisaient vomir.

Cette migraine est un héritage. Mon père et ma mère étaient migraineux ; la sœur de mon père était migraineuse. Mes frères ont la migraine, etc.

D'un autre côté je relève dans ma famille : la goutte, le diabète, les dyspepsies, l'obésité, l'eczéma, etc., manifestations de l'arthritisme.

Entre 9 et 18 ans, étant au collège, j'avais la migraine presque régulièrement deux fois par semaine, le lundi et le vendredi, parce que les occupations du dimanche et du jeudi n'étaient pas les mêmes que celles des autres jours ; surtout, je crois, à cause des promenades, trop longues pour moi, qui étais très peu musclé et peu résistant à la fatigue. — Etant étudiant, j'avais encore fréquemment la migraine, presque toutes les semaines ; mais rarement je vomissais ; fréquemment je souffrais assez pour ne pas pouvoir travailler.

Depuis que j'exerce la médecine, j'ai continué à avoir mon affection. C'est exceptionnel que je sois obligé de me coucher, ou bien que je ne puisse me lever le matin ; cela ne m'arrive guère qu'une fois par an ou qu'une fois tous les deux ans. Mais les jours de migraine, tout en allant voir mes malades ou en faisant ce que je suis forcé de faire, je souffre, et suis très mal à l'aise. De plus, je suis presque absolument incapable de mener à bien un travail intellectuel ; par exemple, écrire un article sur un sujet de médecine, même sur un sujet m'intéressant particulièrement.

Etant enfant, on m'a fait prendre du sulfate de quinine, du café, du sirop antiscorbutique, du vin de quinquina. Tout cela sans résultat.

Plus tard, j'ai pris du paullinia. Avec 1 gr. 50, pris au début de la migraine, la nuit, je coupais mes accès ; au bout de peu de jours il me survenait un nouvel accès que je coupais encore ; mais après avoir ainsi fait disparaître trois ou quatre accès, il m'en survenait un peu plus fort contre lequel le paullinia restait sans effet, et que je devais subir.

Le paullinia avait chez moi un inconvénient. Il produisait des douleurs d'estomac et comme j'étais un peu détraqué d'avance du côté de cet organe, j'abandonnai ce remède.

Je dois dire ici qu'une fois, je pris au milieu d'un demi-sommeil une dose très grande de paullinia qui produisit des symptômes singuliers. Je fus pris presque aussitôt de tremblements tels que je faisais remuer mon lit. Ces tremblements durèrent plusieurs heures. En même temps je souffrais de l'estomac.

Lorsque vint l'antipyrine, j'y eus recours comme tant d'autres. Je crus que l'antipyrine allait non seulement fait disparaître les accès, mais les éloigner, les supprimer même. Mais l'antipyrine, sans être aussi infidèle que le paullinia, ne faisait pas disparaître tous les accès ; de plus, comme je le dirai tout à l'heure, il vint un moment où elle n'agit plus du tout, pour recommencer à agir un peu plus tard.

J'avais toujours eu une gorge laissant fort à redire : mes amygdales grossissant souvent, secrétant des matières caséeuses, devenant plus ou moins sensibles, le pharynx et surtout le pharynx nasal sécrétant continuellement des mucosités. La respiration s'était toujours effectuée par le nez, mais mal, ce qui fit que j'ai toujours été pâle, surtout étant

enfant ; ce qui, encore, a été cause, sans doute, de la faiblesse musculaire dont j'ai déjà parlé.

Je savais qu'on avait guéri des migraines en cautérisant la muqueuse nasale : je connaissais les travaux de Ruault sur les réflexes d'origine nasale. Je voulus essayer de ce traitement local.

Ruault me fit un certain nombre de fois des cautérisations de la muqueuse des cornets à l'aide du galvanocautère. Il me fit du brossage du pharynx à l'aide de la brosse de peintre recoupée, imbibée d'iode ; mais cela ne fit pas disparaître mes accès de migraine.

Ce traitement, cependant, me fit voir que très certainement la muqueuse du nez et la migraine ont d'étroits rapports, car chaque cautérisation déterminait un accès.

Plusieurs fois aussi, j'ai tenté un traitement général contre l'affection ; c'est ainsi que à trois ou quatre reprises je fis, sans succès, du reste, une cure avec la liqueur de Fowler ; c'est ainsi qu'avec le plus grand espoir de guérir, je me mis à boire de l'eau exclusivement ; cela depuis 18 ans déjà. Mon estomac a profité de ce régime, mais j'ai eu tout autant de migraines.

J'avais eu plusieurs fois des douleurs vagues dans les jointures. J'avais parfois remarqué que certaines articulations des doigts étaient douloureuses à la pression ; mais cela avait une courte durée. En 1882 ou 1883, j'eus pendant deux ou trois jours une douleur assez vive dans un genou, qui me fit craindre d'être pris de rhumatisme articulaire.

A diverses reprises, aussi, je fus pris de névralgies plus ou moins intenses, mais ne durant que quelques jours, névralgies au niveau de la hanche, au niveau des dernières côtes, etc.

Il y a cinq ans, plusieurs jointures devinrent progressivement douloureuses et la douleur alla en augmentant. Les coudes et surtout les épaules étaient pris ; mais plusieurs autres articulations me faisaient un peu souffrir. En même temps je sentais la force diminuer considérablement dans les bras ; certains mouvements m'étaient très pénibles et j'avais, par exemple, une peine très grande à ouvrir la grille de la rue, fermant mon jardin.

En même temps mes accès de migraine se faisaient de plus en plus fréquents, venant jusqu'à trois, quatre, cinq fois dans une semaine, et me laissaient si fatigué les jours intercalaires que je n'avais ni la force, ni le courage de travailler. J'étais devenu absolument neurasthénique. Je n'étais bon à rien. Je m'ennuyais considérablement. — L'antipyrine, qui jusque la réussissait à faire disparaître le plus grand nombre de mes accès, tout en me laissant plus ou moins abruti toute la journée, n'avait plus d'action. Une dose de 3 grammes, prise en une fois, ne produisait qu'un malaise plus considérable et parfois un agacement assez grand dans les jambes qui faisait que je ne pouvais rester en place. Bien des fois, avant et depuis, ce phénomène s'est produit, surtout la nuit suivant celle où j'avais pris de l'antipyrine ; mais jamais le symptôme d'empoisonnement, sans doute, ne se montra aussi marqué qu'au moment dont je parle.

En août, cette année-là, je fis un voyage en Bretagne. Mes douleurs articulaires étaient un peu diminuées ; une de mes épaules était encore sensible, l'autre un peu plus. Les mouvements étaient limités ; j'avais de la raideur des muscles de l'épaule.

Une chose que j'ai oublié de noter, c'est que, bien que les articulations des épaules elles-mêmes dussent participer à l'affection, puisqu'il y avait quelques craquements, c'était surtout en dehors des articulations que siégeait le mal, et je ne serais pas éloigné de croire que j'avais des névrites multiples, car il y avait de la douleur à la pression sur le trajet des principaux troncs nerveux. — J'ai déjà parlé de la perte de force musculaire qui survint en même temps.

Pendant mon voyage en Bretagne, je fus pris tout d'un coup de douleurs tellement atroces dans la région gastro-hépatique que je crus que j'allais succomber. Je m'étais réfugié chez un pharmacien. Je réclamai une piqûre de morphine; mais on ne pouvait trouver de médecin pour me la faire, et le pharmacien, qui avait une peur bleue de me voir mourir chez lui, disait n'avoir pas de seringue.

Lorsque vint un confrère me proposant une piqûre, mes douleurs étaient en décroissance, je refusai. Avais-je eu là des coliques hépatiques? Je l'ai cru un instant. J'avais déjà eu des diminutifs de cette crise, diminutifs que j'avais appelés *gastralgie*.

J'allai à Vichy passer le reste de mes vacances. Je vis Glénard qui me dit qu'il ne s'agissait pas de coliques hépatiques, mais de douleurs ayant le côlon pour siège; et depuis, ayant eu plusieurs fois de très légères crises semblables, je pus délimiter le siège de la douleur. C'est bien réellement l'intestin qui était en cause, et le massage du point douloureux faisait avorter la crise.

Après le traitement de Vichy j'avais la migraine à peu près aussi souvent, mais j'étais moins anéanti, moins neurasthénique, et, chose importante, l'antipyrine agissait à nouveau sur moi.

Pendant toute l'année je fus moins fatigué, bien que j'aie souvent la migraine, bien que ma douleur d'épaule, très atténuée, persistât encore.

Je m'étais fait masser à Vichy; l'année suivante j'allai me faire masser à Aix. J'avais encore de la raideur d'une épaule.

Dans le courant de l'année qui suivit, mon état s'améliora et l'épaule ne me faisait pour ainsi dire plus souffrir. Les accès de migraine s'étaient éloignés; j'avais un certain nombre de jours pendant lesquels je pouvais travailler. Je ne m'ennuyais plus.

Dans le courant de l'été 1901, mes accès migraineux augmentèrent peu a peu de fréquence: mes épaules se remirent à me faire souffrir, la droite surtout. Je ne pouvais pas dormir sur le côté droit, ni même y rester couché un instant. L'épaule gauche se prit aussi, quoique à un moindre degré, et je fus obligé de dormir sur le dos. Le moindre mouvement la nuit m'était très douloureux; le jour je souffrais moins, n'étant pas obligé de m'appuyer.

En même temps ma neurasthénie revenait. A partir de décembre 1901, je ne peux plus travailler; je ne peux plus lire. J'ai la migraine presque tous les jours et si j'ai deux ou trois jours d'à peu près bons dans la semaine, je reste tellement anéanti que je n'ai pas le courage de faire qnelque chose d'intéressant.

Si je veux lire ou écrire, au bout d'un temps relativement court, je sens une fatigue semblable à celle qu'on éprouve après un travail cérébral excessivement prolongé.

Cependant l'antipyrine agit sur beaucoup de mes accès et je peux mener ma vie habituelle. Seulement, je ne peux pas travaiiler pour moi.

En janvier, et jusqu'au 15 février, je suis obligé de me surmener horriblement. A cause de la variole de Londres, on est forcé. à l'établissement vaccinal dont je m'occupe, de fabriquer un nombre colossal de tubes; les derniers quinze jours on fait de 5 à 6.000 tubes par jour. Mon travail ne consiste pas seulement à surveiller, mais à vacciner les animaux et à récolter le vaccin, ne voulant pas laisser à d'autres ce soin.

Pendant ce temps, je n'eus pour ainsi dire pas la migraine, mais j'étais absolument éreinté, et il m'eut été absolument impossible de lire même un journal.

Le temps du surmenage passé, la migraine revint ainsi que l'état neurasthénique. C'était au point que j'avais, depuis le commencement de novembre, mon bureau était encombré d'épreuves d'imprimerie et que je ne me sentais pas capable de faire les corrections.

J'en étais là, lorsque je sus, surtout par le Dr Bartoli, mon beau-frère, qui suivait les visites de mon savant ami Albert Robin, les merveilleux effets obtenus à la Pitié avec l'arrhénal que le Pr Gautier venait de faire connaître.

Je pensais que l'arrhénal pourrait bien avoir une action sur moi.

Déjà j'avais employé l'arsenic à haute dose et les cacodylates dans la chorée avec les meilleurs résultats.

Déjà j'avais guéri un cas de coqueluche avec l'acide arsénieux à haute dose, employé selon la méthode adoptée par M. Comby pour le traitement de la chorée.

Voici le raisonnement qui m'avait amené à user de l'arsenic dans la coqueluche, et qui m'amena aussi à me soigner avec l'arrhénal :

Dans le diabète, l'antipyrine, comme l'a tout d'abord démontré Albert Robin, diminue le sucre dans d'énormes proportions, et, ce faisant, améliore l'état du diabétique. Ce que fait l'antipyrine, l'arsenic le fait également et M. Renaut, de Lyon, obtient de grands succès avec ce médicament.

Dans la chorée, l'antipyrine est un des meilleurs médicaments; en quelquss jours elle diminue considérablement les mouvements; mais l'arsenic à hautes doses agit de même, et mieux encore que l'antipyrine, puisqu'avec lui on guérit la plupart des chorées en huit ou dix jours.

Dans la coqueluche également, l'antipyrine fait presque merveille ; pourquoi l'arsenic n'agirait-il pas aussi bien ? Et j'ai prouvé qu'avec l'acide arsénieux on pouvait guérir en une dizaine de jours des coqueluches donnant 30 ou 40 quintes par jour.

Mais l'antipyrine, à l'heure actuelle, est encore le meilleur médicament contre les accès de migraine. Est-ce que l'arsenic, qui, dans plusieurs maladies dans lesquelles l'antipyrine réussit, donne d'aussi bons résultats que cette dernière, ne pourrait pas agir efficacement contre la migraine ? Voilà la question que je me suis posée et que j'ai cherché à résoudre en prenant de l'arrhénal.

C'est vers la fin de mars que je commençai ce médicament. Je pris d'abord 2 cent. 1/2 pendant 8 jours; puis je me reposai 5 jours. Je pris ensuite 5 centigrammes pendant 5 jours; je continuai 5 jours de traitement, 5 jours de repos, mais je revins à 2 cent. 1/2 et 3, dose que je prends encore actuellement. Les premiers jours je n'observai rien de particulier. Bientôt j'eus 4 jours sans migraine, 4 jours de bonne santé, pendant lesquels je pouvais travailler, lire, penser. Puis j'eus un accès moyen de migraine. Ensuite s'écoulèrent 16 jours pendant lesquels je n'eus qu'un léger accès ; puis, j'eus encore un accès, et depuis 12 jours il n'est plus question de migraine, j'espère que mes accès, s'ils ne disparaissent pas complètement, iront s'éloignant et me laisseront un grand nombre de jours en bonne santé.

Les douleurs d'épaule n'ont pas encore disparu, mais elles semblent s'atténuer. Ce qu'il y a de remarquable, chez moi, à la suite du traitement par l'arrhénal, c'est que non seulement mes migraines se sont éloignées, mais dès les premiers jours je me suis senti revivre. La neurasthénie avait disparu, je pouvais travailler et le travail ne me fatiguait pas. Actuellement je puis veiller assez tard le soir, alors qu'à neuf heures, il y a 2 mois j'étais forcé de me coucher. Et si je veux donner une preuve évidente de la chose, je dirai qu'actuellement *il est minuit*, que je ne me sens pas fatigué, et que j'ai commencé après neuf heures à écrire cette observation.

Je ne veux pas conclure d'après ma seule observation que l'arrhénal sera toujours aussi efficace contre la migraine; mais comme il m'a réussi, j'ai cru devoir communiquer ma propre observation, pour que d'autres puissent essayer ce médicament dans des cas semblables, et aussi par reconnaissance vis-à-vis de ceux qui m'ont suggéré par leurs travaux l'idée d'employer l'arrhénal.

L'ULMARENE

Par M. Chevalier.

L'ulmarène est le nom déposé sous lequel la Société Parisienne de Produits chimiques, à Montereau, désigne un éther salicylique presque inodore, destiné à remplacer en thérapeutique les salicylates de méthyle, d'éthyle ou d'amyle dont l'odeur est si désagréable à certains malades.

Au point de vue chimique, l'ulmarène, découvert par le Dr Bourcet, est un mélange en quantités déterminées d'éthers salicyliques, d'alcools alphatiques à poids moléculaires élevés.

Il se présente sous la forme d'un liquide lourd, réfringent, légèrement jaune rosé, dont l'odeur très faible rappelle un peu celle du salol. Sous 760 mm. il bout entre 237 et 242. Il contient 75 0/0 de son poids d'acide salicylique. Il est totalement insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme. A chaud, les alcalis le saponifient. En solution alcoolique, il donne avec le perchlorure de fer dilué une belle coloration violette.

L'ulmarène a été administré aux animaux par le tissu cellulaire sous-cutané, la voie péritonéale et veineuse, enfin par la voie gastrique.

Sous la peau, les animaux résistent à des doses considérables et nous n'avons jamais pu obtenir d'accidents.

En injection intra-péritonéale chez des cobayes et des lapins, nous avons obtenu la mort à des doses de 0,70 à 0,80 par kilog d'animal. Elle arrive au bout de 6 à 14 heures suivant la dose injectée, avec des phénomènes d'asphyxie.

En injection intra-veineuse, la mort arrive fatalement, même avec des doses faibles.

Par la voie gastrique, l'ulmarène paraît assez bien supporté à hautes doses : seulement nous avons constaté chez le chien des vomissements et de la diarrhée.

L'absorption se fait rapidement dans l'organisme et il s'élimine en grande partie par l'urine où sa présence peut être facilement décelée par les méthodes ordinaires de recherche de l'acide salicylique.

Les phénomènes toxiques observés chez les animaux sont peu importants : on remarque des convulsions à la suite de l'injection intra-veineuse.

Chez les animaux intoxiqués par les autres voies, on note surtout des troubles respiratoires et quelquefois de la salivation. A l'autopsie, on a à signaler de l'œdème du poumon et des congestions des viscères, en particulier du foie et du rein ; l'estomac est toujours rempli de liquide.

A la suite de cette expérimentation nous montrant la haute teneur en acide salicylique de l'ulmarène, sa faible toxicité et sa grande facilité d'absorption chez les animaux, nous avons tenté son emploi thérapeutique.

L'absorption et l'élimination ont été étudiées chez l'homme sain. Appliqué en badigeonnages sur la peau, à la dose de 5 grammes, de la même façon que le salicylate de méthyle, nous avons pu constater que l'acide salicylique était décelé dans l'urine 3 heures après l'application du médicament.

Cette élimination va en progressant jusqu'à la 24e heure et on pouvait encore retrouver des traces d'acide salicylique au bout de la 48e heure.

L'ulmarène n'a encore été employée que dans un petit nombre de cas de rhumatisme articulaire aigu, subaigu, d'arthrite rhumatismale, et dans un cas de rhumatisme blennorrhagique. Leurs observations seront publiées in-extenso, comme du reste les expériences ci-dessus, dans la thèse de M. Hibert, qui étudie ce médicament au laboratoire de M. le Pr Pouchet.

Leur examen nous montre que l'ulmarène est fort bien toléré par la peau et qu'il n'y produit aucune irritation. Les malades ne se plaignent pas de son odeur, qui est presque nulle, et ceux antérieurement traités par le salicylate de méthyle manifestent leur joie d'être délivrés de cette odeur tenace.

Employé à des doses de 4 à 12 et même 16 grammes par jour, comme le salicylate de méthyle, l'ulmarène a produit, dans ces cas, sensiblement les mêmes résultats que lui; l'action spécifique et l'influence sur la nutrition et les échanges sont en tous points semblables.

Son action analgésique se fait sentir dès les premières heures qui suivent son application et elle est persistante. L'action sur la température ne nous est pas apparue très nette.

Aucun accident n'a pu être encore noté. L'élimination, étudiée chez deux de ces malades, a été identique à celle constatée chez l'homme sain : elle se prolonge trois à quatre jours après la cessation du médicament.

L'ulmarène paraît pouvoir être donnée sans inconvénient par la voie gastrique; l'un de nous a pu prendre d'un seul coup une dose de 5 grammes sans en ressentir la moindre gêne.

En résumé l'ulmarène paraît être appelée à remplacer le salicylate de méthyle dans toutes ses applications, étant donné son odeur faible, sa toxicité moindre, sa forte teneur en acide salicylique et son action thérapeutique équivalente.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 25 juin 1902

Présidence de M. Sevestre

M. Guérin, médecin chef des troupes coloniales à Quang-Vien, envoie une note sur les *résultats thérapeutiques de l'arrhénal employé dans le paludisme.*

Cinq observations envoyées par M. Guérin, dont une recueillie sur lui-même, démontrent que l'arrhénal est le véritable spécifique de la fièvre paludéenne, ce qui confirme pleinement les conclusions du travail de M. Billet (d'Oran) communiqué à l'Académie de Médecine par M. Armand Gautier.

M. Jullien donne lecture d'un travail relatif aux *injections mercurielles.*

Partisan convaincu de cette méthode dans le traitement de la syphilis, M. Jullien, qui préconise et emploie les injections mercurielles depuis 1878, mesure toute l'étendue du chemin parcouru depuis cette époque.

Ce fut d'abord une véritable levée de boucliers parmi tous les syphilographes français inféodés, par tradition, au protoiodure. Peu à peu, tous se sont plus ou moins convertis à la nouvelle méthode.

Etudiant alors le mode d'action des injections, M. Jullien rappelle que, pour M. Pouchet, tout composé mercurique doit se transformer d'abord en chlorure, puis en chloro albuminate. Cette dernière combinaison est réduite par l'hémogiobine du sang et va fournir le mercure métallique à l'état d'extrême division dont la vapeur se dissémine dans l'organisme et le sature, en y exerçant son action dynamique spécifique.

L'injection est elle au contraire jetée dans le tissus sous-cutanés ou dans un muscle, comme nous le faisons en clinique, les choses se passent tout autrement: l'activité circulatoire y étant beaucoup moindre que dans les séreuses, les leucocytes emploient un beaucoup plus long temps pour arriver sur le calomel, et, quand ils le rejoignent, le bichlorure a déja fait son apparition, grâce aux liquides physiologiques, si bien que les éléments, emprisonnés avant d'avoir pu exercer leur action phagocytaire, laissent la masse injectée en proie à sa transformation graduelle. Il est tout à fait exceptionnel de voir parvenir une parcelle de calomel dans les ganglions lymphatiques. Cependant M. Jullien ne croit pas le fait impossible.

Quant aux autres injections, solides ou demi solides, leurs processus de transformation sont moins connus, mais on ne peut guère douter que les observations précédentes ne leur soient applicables et que la transformation en bichlorure n'en soit le principe et la base.

Au point de vue clinique, les injections solubles constituent pour M. Jullien un traitement idéal ; à chaque jour suffit sa dose, et aucun surmenage n'est à craindre pour les voies de l'absorption ni de l'élimination. Cette condition est d'importance tellement primordiale, que, dans le commencement, Lewin ne craignait pas de faire revenir ses malades jusqu'à deux fois par jour, afin de fragmenter au mieux les quelques milligrammes de sublimé qu'il leur administrait. Il est vrai que depuis nous nous sommes quelque peu enhardis, puisque bien souvent il nous arrive de faire double seringue et de ne donner en réalité que chaque deux jours les injections dites quotidiennes.

Cependant, Justus (de Budapesth), au moyen du microscope, a pu suivre les granulations mercurielles jusque dans les lymphatiques, dans l'endothélium des vaisseaux, dans les cellules plasmatiques, à l'état d'albuminates, précipités par le chlorure de zinc et noircis par l'hydrogène sulfuré. Il semble que le syphilome attire le mercure qui va amener sa dégénérescence. Michele, en étudiant jour par jour chez des lapins et des cobayes la masse enkystée, la voyait diminuer de la périphérie au centre jusqu'à complète disparition et ce phénomène était dû à la transformation du calomel en sublimé, comme le montrait bien la réaction caractéristique obtenue par le sulfure d'ammonium. A son tour Piccardi, travaillant dans le laboratoire de Bizzozero, effectuait des dépôts de calomel dans le péritoine et dans les tissus, tant cellulaires que musculaires. Dans la séreuse, le grain de protochlorure se comporte d'abord comme une substance inerte et détermine une immigration de leucocytes qui l'entourent, l'englobent et le transportent jusqu'aux ganglions lymphatiques. Mais ce phénomène dure peu; en moins de vingt-quatre heures, et bien avant que la provision du sel soit épuisée, le sublimé naissant a commencé son œuvre d'intoxication; plus de grains dans les leucocytes du péritoine, ni dans les leucocytes des ganglions, et les phagocytes sont paralysés.

La seule critique à faire à cette méthode, très recommandable à l'hôpital, c'est qu'elle oblige le malade à faire de fréquentes visites à son médecin, ce dont il peut se lasser en raison de la perte de temps et de la dépense. Elle convient spécialement aux dyspeptiques et aux albuminuriques. Le choix du sel n'a pas une très grande importance : les meilleurs sont les plus stables, et à ce point de vue l'emploi des ampoules renfermant la dose quotidienne préparée d'avance, constitue un réel progrès.

Le bichlorure, en solutions étendues, est parfaitement supporté : le peptonate est d'une préparation difficile et de conservation incertaine. Le cyanure, très employé par les ophtalmologistes, est très sûr, mais assez douloureux. Le benzoate est un des moins actifs. Le succinimide est un des plus maniables et des moins douloureux. L'hermophényl est presque indolore mais son efficacité est faible. Le biiodure, en solution huileuse, a été peut-être trop vanté, car il est très douloureux et pauvre en mercure.

Les injections massives de sérum artificiel additionné de sublimé, préconisées par Chéron n'ont donné à M. Jullien que des déboires.

Par contre, M. Jullien est un apôtre convaincu de la méthode de Scarenzio, c'est-à-dire des injections insolubles, au premier rang desquelles il place le calomel, dont il fait une étude complète, étudiant le processus des pseudo-abcès caloméliques d'une façon toute spéciale. Il se contente de passer ensuite en revue l'oxyde jaune et le thymolacétate, réservant ses préférences pour le salicylate et l'huile grise.

M. Lafay, dans une réplique à la communication récente de M. Danlos, fait la critique de l'emploi de l'huile comme véhicule du biiodure, pour lequel il préfère l'eau additionnée de chlorure de sodium.

MM. Bolognesi et Charpentier envoient une note sur l'action thérapeutique d'un nouveau médicament analgésique antithermique et hypnotique, l'*hypnopyrine* (sera publié).

M. Hirtz donne lecture d'un travail sur le *traitement de la maladie d'Addison par l'opothérapie surrénale.*

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la faculté de Médecine.

La maladie d'Addison, par EDGARD HIRTZ (*Médecine moderne*, n° 21, p. 169, 1902). — Le traitement antituberculeux peut avoir une certaine efficacité. Tout d'abord, on s'efforcera d'établir la suralimentation, en surveillant attentivement les reins : on donnera du lait, des jaunes d'œufs, des viandes blanches, du beurre, de la viande crue. On pourra y ajouter avec utilité la lécithine, le cacodylate de soude, les injections sous-cutanées de glycéro-phosphates, les inhalations d'oxygène. On conseillera les bains sulfureux (Peter), les frictions, le massage, l'électrothérapie sous forme de bains statiques ou d'étincelles.

Reste le traitement opothérapique dont les résultats sont très inconstants. On lui a même attribué des cas de mort brusque (Rendu, Colosanti et Psellati), ou rapide (Foa et Pellacani), des aggravations de l'état général (Pitres).

Dans certains cas, on a obtenu des résultats partiels : disparition de l'asthme (Maragliano, Dieulafoy, Widal, Hayem), de la mélanodermie (Faisans). Béclère a rapporté, le 29 février 1898, à la Société médicale des Hôpitaux, un cas où la guérison persistait encore trois ans après le traitement.

A l'intérieur, on ordonnera les capsules de glandes surrénales desséchées à raison de deux à quatre capsules de 0 gr. 01 chacune par jour.

Pour les injections sous-cutanées on emploiera la formule de M. d'Arsonval :

Capsules surrénales ...	10 grammes
Glycérine à 30°.....	10 —

Les capsules de jeune veau sont divisées en fragments et mises à macérer 24 heures dans la glycérine. On ajoute 5 grammes d'eau bouillie et salée (25 gr. de sel par litre); stérilisation par l'acide carbonique sous pression, après filtration sur papier. On injecte chaque jour 1 à 2 cc. du mélange dilué de parties égales d'eau bouillie.

G. LYON.

Traitement spécifique de la maladie de Basedow (*Travail publié à l'occasion de jubilé du Pr Leyden*, avril 1902). — BURGART et BLUMENTHAL, après avoir pratiqué la thyroïdectomie sur des chèvres, ont administré le lait de ces animaux à des malades atteints de goître exophtalmique : le résultat a été très satisfaisant. Les auteurs ont réussi à préparer avec ce lait une poudre facile à dissoudre et à administrer, dont la fabrication en grand sera sous peu entreprise.

E. VOGT.

Traitement de l'hémophilie par le chlorure de calcium (*Lancet*, 5 mai 1902). — M. EDWARD WALLIS, dans un cas d'hémophilie avérée, a employé comme préventif d'hémorragie à la suite de l'extraction des dents, 0 gr. 60 de chlorure de calcium trois fois par jour pendant une semaine. L'hémorragie ayant été légère après l'extraction d'une dent, le traitement fut continué et poussé jusqu'à la dose de un gramme trois fois par jour, après quoi toutes les dents peuvent être extraites sans grande hémorragie, alors que le malade saignait très facilement et longtemps à la suite de la moindre blessure.

A part le goût désagréable et une certaine constipation qui n'était peut-être pas due au médicament, le chlorure de calcium administré pendant trois ou quatre semaines n'a eu aucun effet fâcheux.

L. JUMON.

La démorphinisation par le Pr KRAFFT-EBING (*Allg. Wiener med. Zeitung*, 29 avril. — 6 mai 1902). — L'auteur donne une moyenne de 20 jours pour la démorphinisation : c'est surtout vers la fin de la cure qu'il est difficile de progresser vers l'abstinence complète. En outre, la convalescence exige souvent un temps considérable et une surveillance attentive, car le malade livré à lui-même retournera à la morphine à la première occasion (insomnie, névralgie, etc.) La dionine semble représenter un bon succédané de la morphine : on obtient aussi

des résultats en administrant la morphine par voie stomacale en lieu et place de la voie sous-cutanée.

Les hypnotiques, tels que l'hydrate d'amylène ou le trional, seront administrés aussi fréquemment qu'il sera nécessaire, car l'insomnie est un des grands obstacles à la cure de la démorphinisation.

En général, l'alimentation carnée devra être abandonnée, la viande inspirant aux malades un dégoût insurmontable dans la plupart des cas. Les liquides alcooliques, auxquels les morphinistes s'adonnent volontiers, doivent être diminués ; il arrive souvent, si on néglige cette précaution, que le morphiniste guéri devient alcoolique.

L'auteur rappelle qu'il existe en Angleterre une Société anonyme qui envoie à ses clients de la morphine par lettre recommandée : il est fort difficile d'empêcher les malades de se procurer par ce moyen les quantités d'alcaloïde qu'ils désirent.

E. Vogt.

L'hypnotisme comme adjuvant dans le traitement du morphinisme (*The New-York med. J.*, 17 mai 1902). — M. Agatston relate le cas d'une femme de trente-huit ans qui en était arrivée à prendre 1 gr. 50 de morphine en injection dans les vingt-quatre heures. En deux semaines, la dose fut réduite à 0 gr. 03 et la semaine suivante, la patiente ne prenait plus de morphine. Mais il survint alors des symptômes excessivement pénibles d'abstinence que tous les traitements en usage, en pareil cas, ne parvinrent pas à combattre.

L'auteur essaya alors la suggestion et enjoignit à la malade de dormir huit heures et de s'éveiller à une heure fixe : en même temps il prescrivit du sulfonal. L'insomnie a fini par disparaître complètement. Si l'hypnotisme est impuissant à guérir de l'habitude de la morphine, il constitue un adjuvant très utile dans ces cas.

L. Jumon.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux.

Tchnique actuelle de la gastrostomie, par MM. Terrier et Gosset (*Revue de Chirurgie* n° 2, 1902). — L'incision transversale est abandonnée, comme sacrifiant trop de fibres musculaires et de vaisseaux. Il faut faire une *incision verticale et latérale*, pour avoir un canal long et bridé par les muscles conservés. Situation : distance égale de la ligne blanche et du bord externe du muscle droit (côté gauche). On sesert du bistouri pour fendre la gaine antérieure du droit : les fibres musculaires sont dissociées à la sonde cannelée. On ouvre ensuite le feuillet aponévrotique postérieur et le péritoine. Au cours de ce premier temps, on s'efforcera de ménager, en les écartant, les vaisseaux et nerfs du muscle droit.

L'estomac reconnu, on l'entraîne au-dehors avec une pince : la partie saisie doit être celle qui est voisine du cardia, tout en se réservant un cône d'une certaine longueur, qu'un aide maintiendra constamment au-dehors, pour l'empêcher de rentrer.

Manœuvrant dans *l'angle supérieur de l'incision*, on fixe ensuite *l'estomac à la gaine postérieure* par quatre points non perforants en U placés aux quatre points opposés (premier plan); on referme par une ligne à points séparés le reste de l'aponévrose. Même manœuvre pour fixer *l'estomac à la gaine antérieure* du muscle droit (deuxième plan). Pour ouvrir l'estomac, on forme un pli vertical avec deux pinces de Kocher, pour le soutenir et, si l'on fait une incision par transfixion à la base de ce pli, avec un bistouri à lame très mince, on n'intéresse ainsi que la séro-musculeuse, qui va former, autour de la future bouche gastrique, une collerette rétractile.

Dans un dernier temps, on fait à la muqueuse en ectropion, un orifice *aussi petit que possible*. Il ne reste plus qu'à suturer la *muqueuse à la peau* et à achever la suture cutanée (troisième plan), pour avoir une fixation solide à trois étages. Il faut se servir, sauf pour la peau dans les points extrêmes, de soie fine, passée avec l'aiguille courbe de Reverdin.

Avantages : formation d'un canal, au lieu d'une simple fistule : obturation suffisante obtenue par le bourrelet muqueux, en saillie, et par l'action musculaire d'un double sphincter stomacal et pariétal.

A. Benoit.

Un cas d'intussusception ; guérison après opération par M. W. H. Brown (*The Lancet* 1er mars 1902). — Théoriquement, dans les cas d'intussusception intestinale, le meilleur traitement est de faire l'excision de l'invagination, suivie de l'anastomose des deux extrémités de l'intestin. Mais, dans la grande majorité des cas, les enfants qui ont subi cette opération meurent peu de temps après. L'auteur pense qu'il est préférable et plus sûr de faire la simple excision de la portion d'intestin affectée avec rapprochement consécutif des deux bouts sectionnés, et rapporte, à cet effet, l'observation d'un enfant de 4 ans qui présentait tous les signes d'une in-

ussusception intestinale. A l'épigastre, il était même possible de prévoir l'existence d'une tuméfaction remplissant tout l'abdomen. M. Brown fit la laparatomie, amena au dehors la tumeur, et découvrit une intussusception de l'intestin formée par le cæcum et le colon ascendant invaginés dans le colon transverse. La réduction fut effectuée facilement, exception faite d'une portion de l'intestin, d'une longueur de 2 centimètres environ, à la région du cæcum, et de l'appendice vermiforme. M. Brown fit ensuite une incision tout autour de la portion invagfnée et en pratiqua l'excision. Les portions d'intestin enlevées comprenaient l'appendice et le cæcum, à peu près sur étendue de 3 centimètres. Les parois de l'intestin furent suturées à la soie et l'enfant fit une guérison complète.

R. Blondel

Luxations congénitales de la rotule, par M. Denis-Zexas (de Berne) (*Revue de Chirurgie*, 10 mars 1902). — L'auteur publie une série de faits qu'il a recueillis, dont un cas communiqué par le Pr Paul Berger, et qui lui a inspiré ce travail. Il n'y a que peu de temps que l'on s'occupe de cette luxation d'origine congénitale dans les ouvrages classiques. Les planches jointes à cet article nous montrent des luxations en haut et des luxations bilatérales en dehors, donnant au genou l'aspect tabétique, tant est accusé le diamètre transversal de l'articulation. Quelques-uns de ces déplacements ont été découverts par hasard. Tantôt la marche n'était possible qu'avec des appareils, tantôt elle n'était pas troublée et la fatigue simplement se manifestait plus vite, après la marche.

A. Benoit.

Du goitre plongeant (*Centralb. f. Chir.*, 1902, p. 63). — Un cas de M. G. Naumann, qui a trait à un homme de 33 ans, porteur, du côté gauche du cou, d'une tumeur datant de la naissance et qui, bien que rétro-sternale, était demeurée silencieuse jusqu'à cet âge. Soudain, dysphagie, enrouement, dyspnée. A l'examen, la tumeur avait le volume d'une orange et semblait comprimer tout l'arbre respiratoire, ainsi que l'attestait la dilatation des veines superficielles du cou et du thorax. Corde vocale gauche immobile, comme sur le cadavre.

L'auteur fit l'extirpation du goitre dégénéré kystique, par l'incision courbe de Kocher. Ne pouvant l'énucléer en entier, il sépara la partie supérieure de la trachée. Le doigt introduit derrière le sternum ne put atteindre la partie la plus basse de la tumeur. Il fallut réséquer la partie moyenne et l'on vit alors que la portion inférieure était le siège d'un gros kyste. Grâce à la ponction, on put extraire ce reste avec une pince de Museux. Tous les symptôm es lâ ryngés et faciaux disparurent.

A. Benoit.

Section complète de la moelle traitée par la myélorrhaphie, par M. Stewart (*Med. Record*. 19 avril 1902). — Comme les nerfs, la moelle serait susceptible de se régénérer, d'après une observation dont voici le résumé : femme de 26 ans qui reçut deux balles de révolver, dont l'une, pénétrant dans le canal rachidien, sectionna la moelle épinière au niveau de la 7e vertèbre dorsale. Admise au Pennsylvania Hospital, on constata l'abolition complète de la motilité et de la sensibilité de la moitié inférieure du corps, suivant les limites anatomiques, avec paralysie des sphincters. L'opération eut lieu 3 heures après l'accident. Anesthésie à l'éther. Les esquilles des fractures lamineuses enlevées, ainsi que le projectile, on constata un écartement de 19 millimètres entre les deux bouts sectionnés du cordon médullaire. On passa un point de catgut (préparé à l'acide chromique) dans le sens antéro-postérieur, unissant les deux portions sectionnées en les traversant entièrement. Puis, on ajouta deux points de suture dans le sens transversal. Ce temps fut exécuté avec les petites aiguilles à staphylorrhaphie ; il fut très pénible, à cause de l'étroitesse du champ opératoire et du peu de consistance de l'organe suturé. On dut renoncer à suturer la dure-mère. Drainage à la gaze et suture par plans.

Les troubles moteurs se dissipèrent peu à peu ; les sphincters reprirent leur tonicité au bout de longs mois. Il n'y eut pas de troubles trophiques et la réaction de dégénérescence ne se manifesta pas. Il persista seulement quelques troubles de sensibilité tactile et thermique.

L'auteur pense donc que la myélorraphie mérite de prendre place dans la chirurgie médullaire.

A. Benoit.

Indications opératoires et règles de conduite pour les opérations dans la glycosurie et le diabète, par M. Llewelyn C. Phillips (*The Lancet*, 17 mai 1902). — On doit faire une analyse complète de l'urine dans tous les cas, non seulement au point de vue du sucre, mais encore au point de vue de la présence ou de l'absence de l'acétone et des acides.

Dans tous les cas on emploiera la réaction du perchlorure de fer et celle de Legal. Il n'est pas facile d'évaluer la présence de l'acide oxybutyrique sauf par le polarimètre. On doit toujours analyser la quantité totale d'ammoniaque. Si la quantité d'ammoniaque dépasse un gramme en

vingt-quatre heures, on ne doit faire aucune opération, sauf en cas d'urgence, jusqu'à ce que la quantité soit réduite à la normale. Il faut différer l'opération si l'urine contient de l'acide diacétique, bien que l'ammoniaque ne soit pas notablement augmentée.

Une grande quantité d'albumine est un obstacle pour l'opération. On doit éviter d'intervenir s'il existe une affection sérieuse des autres organes, du foie par exemple. Un amaigrissement rapide au cours d'un diabète intense, ne dépendant pas d'une affection chirurgicale, doit être une raison pour différer l'intervention jusqu'à ce que l'état général s'améliore.

On doit procéder à l'opération en cas d'affection maligne, lorsque celle-ci réclame une intervention d'urgence, dans les cas de tumeurs abdominales volumineuses chez les femmes; chez les diabétiques en bonne santé et sans lésions artérielles étendues ou sans dégénérescence nerveuse; on peut pratiquer les opérations cosmétiques surtout chez les femmes; et l'on doit entreprendre une opération d'urgence dans tous les cas, même dans les plus défavorables, sauf à prononcer un pronostic très réservé. Sauf dans cette dernière catégorie, on doit retarder l'intervention jusqu'à ce que les conditions s'améliorent, s'il existe quelque contre-indication.

Dans tous les cas où le retard de l'opération ne doit pas être une cause préjudiciable à la vie du malade, il faut adopter un régime approprié rigoureux. S'il existe en excès de l'ammoniaque dans l'urine, il faut administrer du bicarbonate de soude jusqu'à ce que la proportion en devienne normale. Parfois, il faut aller jusqu'à 30 ou 40 grammes par jour. Si le malade vomit, il faut le donner en lavement. Ce traitement préliminaire permet de réduire les risques de septicémie et de coma. Lorsque l'opération peut-être pratiquée à l'aide d'un anesthésique local, on doit s'en tenir à ce dernier. S'il est nécessaire d'avoir recours à un anesthésique général il vaut mieux autant que possible employer l'éther que le chloroforme, mais dans tous les cas il faudra administrer le bicarbonate de soude avant et après l'opération. L'augmentation de vulnérabilité des tissus peut faire préférer l'asepsie à l'antisepsie ; d'ailleurs on doit éviter de mettre la plaie en rapport avec les antiseptiques énergiques. Le patient ne doit être considéré comme guéri que lorsque la plaie est complètement cicatrisée.

Avec les méthodes modernes on ne doit pas craindre les hémorragies. Enfin dans les cas où il est difficile d'assurer l'asepsie, par exemple, dans les cas d'opérations sur le système uro-génital, on administrera un antiseptique interne, comme l'urotropine.

L. Jumon.

Prothèse à la paraffine solide (*Congrès de la Société allemande de chirurgie*, Berlin 2-5 avril 1902). — Eckstein recommande une modification de la méthode de Gersuny, consistant dans l'emploi de paraffine solide pour les injections. En injectant une paraffine se solidifiant 2 à 3 minutes après son introduction sous la peau, on évite tout danger d'embolie : des accidents de ce genre ont été signalés à plusieurs reprises par des opérateurs ayant utilisé des substances plus liquides.

Aussitôt la masse injectée, on lui donne par quelques manipulations la forme qu'elle doit conserver définitivement.

E. Vogt.

Le Chloroforme est-il plus dangereux que l'éther ? (*The Lancet*, 24 mai 1902). — MM. Challice Crouch et Edred M. Corner ont pendant une année pratiqué 2400 fois l'anesthésie par l'éther. Sur ce nombre il y a eu dix cas de complications pulmonaires dont un s'est terminé par la mort, alors que précédemment, sur 600 cas opérés sous le chloroforme il n'y a jamais eu de troubles respiratoires. Chez six malades les symptômes ont été ceux d'une bronchite. Dans l'un d'eux, l'action de l'éther s'est limitée à la production d'une toux quinteuse sèche, d'une douleur rétrosternale avec expectoration très rare. Dans les cinq autres cas, il y avait une abondante expectoration. Dans un septième, on a observé un épanchement pleural : trois patients ont été atteints de broncho-pneumonie et l'un d'eux a succombé. Dans aucun cas il ne s'agissait d'une véritable pneumonie lobaire. On attribue généralement au chloroforme une mortalité de 1 p. 3000; dans la série des auteurs de ce travail la mortalité par l'éther a été de 1 p. 2400, ce qui se rapproche de la statistique de London Hospital 1 p. 2910. Il est difficile, après cela, de considérer l'éther comme un agent anesthésique plus inoffensif que le chloroforme. Ce qui semble favoriser les complications, c'est la longueur de l'opération, puis l'inexpérience de celui qui administre l'anesthésique et l'exposition de l'opéré à l'air pendant et après l'opération. On ne doit pas cependant abandonner l'éther pour le chloroforme qui a ses troubles propres, mais ce dernier doit être recommandé pour les longues opérations qui se pratiquent sur le tronc. Après l'opération, le malade doit avoir la bouche et le nez soigneusement protégés contre l'air froid dans le parcours de la salle d'opération à son lit, en plaçant sur la face une serviette ou un mouchoir lâchement pliss

Peut-être sera-t-il prudent de continuer l'anesthésie par le chloroforme quand elle a été commencée par l'éther.

L. Jumon.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT
Médecin des hôpitaux

Traitement de l'ulcère de l'estomac (*Congrès de méd. interne, Wiesbaden*, 15-18 avril 1902). — Fleiner estime que 75 0/0 des malades peuvent guérir d'un ulcère stomacal par la suppression, dans les premiers jours, de tout apport alimentaire par voie stomacale, l'alimentation par le rectum étant seule permise. On passe ensuite au régime lacté : puis, au bout d'un mois, on autorise les viandes blanches et 15 jours après une alimentation mixte. Il va sans dire que dans la suite on évitera soigneusement tout aliment irritant (par action mécanique ou chimique). Les cures thermales ou balnéaires n'ont aucune utilité comme traitement consécutif.

Les insuccès sont de deux sortes : les uns tiennent à la négligence des malades, les autres à des particularités anatomiques de l'ulcère (fond fibreux, bords renflés, retenant des parcelles alimentaires après chaque repas, contraction insuffisante de la tunique musculaire, etc.).

Actuellement, le traitement le plus rationnel semble le suivant : lavages stomacaux pour enlever les résidus alimentaires : on emploiera de petites quantités d'eau dans ce but, avec pression faible. On pourra tenter de favoriser le développement des granulations tout en abaissant l'hyperacidité, par l'administration de nitrate d'argent. Mais le meilleur topique est le sous-nitrate de bismuth, que l'on donne à la dose de 10 grammes le matin à jeun. Sous l'influence de ce médicament, l'amélioration se montre rapidement. Los troubles dyspeptiques disparaissent, sans aucun danger pour le patient, le bismuth n'étant pas toxique.

La guérison par cicatrices amenant des sténoses, comme dans la région pylorique, par exemple, nécessite parfois l'intervention chirurgicale par suite des accidents de stagnation intra-stomacale. A la clinique chirurgicale de Heidelberg, la gastroentérostomie a seule donné de bons résultats, les autres interventions ne présentant pas les mêmes avantages: parmi ceux-ci, le plus important consiste dans la possibilité d'une alimentation mixte consécutive.

E. Vogt.

Sténose pylorique d'origine biliaire Cholécystotomie et Cholédocotomie idéale, par Eugène Villard (de Lyon), (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 5 juin 1902). — Les sténoses pyloriques d'origine biliaire sont bien connues; l'auteur a eu l'occasion de pratiquer une laparotomie chez une femme de 58 ans pour un rétrécissement du pylore. Le mécanisme de celui-ci était particulier : il existait, d'une part, une adhérence qui unissant le pylore et le duodénum à la face inférieure de la vésicule biliaire, avait entrainé ces organes en haut et donné lieu à une coudure brusque: d'autre part une compression du duodénum par le cholédoque, gonflé par deux volumineux calculs. Au cours de l'opération, le pylore fut libéré, le cholédoque excisé; mais comme les voies biliaires ne paraissaient point infectées, l'auteur chercha à obtenir l'oblitération par suture du canal, pour éviter à la malade l'ennui d'une fistule biliaire. Cette observation constitue un encouragement à la cholédocotomie idéale, car la malade sortit complètement guérie de tout accident.

P. Sainton.

Diagnostic et traitement prophylactique et curatif des cirrhoses du foie, par Hirtz (*Revue Internationale de médecine et de chirurgie*, 25 mai 1902). — La curabilité de la cirrhose hépatique a été niée pendant longtemps; ce n'est qu'à partir de 1874 que l'on cite quelques cas que l'on peut considérer comme améliorés, sinon comme guéris, en ce sens que l'ascite ne se serait pas reproduite. La guérison de l'ascite peut être considérée comme un fait hors de doute ; elle se montrerait dans le type hypertrophique de la cirrhose bi-veineuse alcoolique. Le mécanisme de la guérison consisterait dans la production d'une hypertrophie vicariante du parenchyme hépatique sain.

Les chances de succès thérapeutique sone d'autant plus grandes que les accidents prémonitoires sont plus tôt connus et traités. Si l'on constate chez les sujets de petits signes de cirrhose, on les soumettra au régime lacté, à une alimentation riche en légumes verts, purées, œufs, poissons très frais, potages maigres. Ils s'abstiendront d'alcool, de mets épicés, de gibier, de mollusques. L'antisepsie intestinale sera faite au moyen de naphtol ou de bétol : l'intestin sera évacué au moyen de l'entéroclyse. Le traitement médicamenteux consistera en pilules bleues (calomel), en eau de Carlsbad à la dose d'un grand verre le matin à jeun. Les bains alcalins, les frictions, les douches seront fréquentes. Les stations minérales qui conviennent pour ces malades sont Vichy, Brides, Châtel-Guyon, Pougues, Vittel en France; Hambourg, Kreznuch, Marienbad à l'étranger.

Les diurétiques auxquels il faut avoir recours dans les cirrhoses sont les tisanes de queue de cerises, de chiendent, de stigmate de maïs, de sommités fleuries de genêt, lalactose, la théobro-

mine. On peut avoir recours à la potion diurétique de Millard :

Nitrate de potasse ..	ãã 2	grammes
Acétate de potasse ..		
Oxymel scillitique	30	—
Sirop des cinq racines .	35	—
Infusion de baies de genièvre	200	—

A prendre dans les 24 heures.

Les poudres ou les pilules laxatives débarrassent l'intestin. Au début l'auteur applique volontiers des pointes de feu sur la région hépatique, de la teinture d'iode, des vésicatoires volants ou des compresses de Priessnitz que le malade conserve pendant une nuit.

Quand la maladie est constituée et s'est manifestée par de l'ascite, le régime lacté sera institué ; la première paracentèse sera pratiquée aussitôt que la quantité de liquide atteindra huit litres, si l'on veut en faire un moyen curatif.

Les autres cirrhoses sont justiciables de traitements spéciaux. Dans la cirrhose de Hant tout doit être mis en œuvre pour retarder l'évolution de l'ictère grave : calomel, salicylate de soude, benzoate de soude, par petites doses sont les médicaments de choix. Le régime lacté absolu est de rigueur.

Dans la cirrhose cardiaque il faut avoir recours à la digitale, à la spartéine, à la caféine, au massage méthodique. Si l'on soupçonne la syphilis, il faut instituer sans hésitation le traitement intensif. Dans la cirrhose paludéenne, on prescrit les douches chaudes sur la région hépatique, le calomel et les pilules bleues, les injections de métylarsinate disodique.

P. Sainton.

Cas de cirrhose du foie traitée par l'établissement chirurgical d'une circulation collatérale, par le Dr W. Murrell (*The Lancet*, 7 juin 1902). — Il s'agit d'une femme de 48 ans, atteinte de cirrhose vulgaire avec ascite. Une première ponction donna environ 3 litres et demi de liquide. On fit alors, pendant l'anesthésie par l'éther, une incision au-dessous de l'ombilic qui permit de retirer 9 litres de liquide. Par une incision faite au-dessus de l'ombilic sur la ligne médiane, on put se rendre compte avec le doigt de l'hypertrophie du foie qui était dur et bosselé : une portion du grand épiploon fut attirée au dehors et suturée à la paroi abdominale. Les sutures furent enlevées le douzième jour et la malade sortit quelque temps après de l'hôpital. Elle dut rentrer un mois plus tard, atteinte d'une bronchite qui guérit en quelques jours.

Pour provoquer le développement des vaisseaux sanguins superficiels de la paroi abdominale, Murrell fit appliquer sur l'abdomen des compresses imbibées de chloroforme : il prescrivit aussi des frictions à l'onguent de capsicum et des applications locales d'huile de cajeput. Ces dernières applications apportèrent beaucoup de soulagement en supprimant la flatulence. Tous les matins la malade prit, pour combattre la constipation, 1 gr. 20 de turbith végétal qui donna cinq à six selles liquides abondantes. Au bout de trois mois, les veines superficielles de l'abdomen s'étaient développées et la circonférence de la taille s'était beaucoup réduite. Malheureusement il survint au bout de quelque temps des accidents de péritonite localisée et la malade, qui avait été soulagée momentanément, succomba dans le marasme. A l'autopsie on constata les adhérences créées entre l'épiploon et la paroi, et les lésions de périhépatite. Murrell croit néanmoins que l'opération de Talma a prolongé l'existence de la malade. En rappelant les cas d'opération publiés, il croit qu'il est difficile d'établir la proportion de guérisons. Brewer a constaté sur 59 cas, 22 morts et 37 guérisons. Harris sur 48 cas donne la proportion de 13 p. c. de guérisons pour les cas alcooliques et 15 p. c. pour les cas mixtes. Murrell pense qu'on obtiendra de meilleurs résultats si l'on intervient dans le stade pré-ascitique, lorsque surviennent les hématémèses et qu'on constate l'augmentation de volume du foie.

L. Jumon.

L'appendicite parasitaire, par Moty, (*Echo Médical du Nord*, 11 mai 1902). — On peut à l'heure actuelle diviser les appendicites en deux groupes : 1° mécaniques : appendicites par corps étrangers, appendicites parasitaires, appendicites traumatiques ; 2° infectieuses : (appendicites par intoxication ou auto-intoxication, appendicites diabétiques, tuberculeuses, grippales, etc.). L'auteur a réuni trois cas d'appendicites où les parasites étaient des oxyures ; dans deux cas d'appendicites, les oxyures existaient dans le tube digestif, mais n'avaient pas été trouvés dans l'appendice. Dans l'appendicite parasitaire, les lésions peuvent être irrémédiables et nécessiter l'opération. Il ne suffit pas de chasser les oxyures pour guérir l'appendicite. Cependant il est permis de tenter le traitement médical ; contre le tricocéphale, parasite fréquent à Paris, rare dans le Nord, Metchnikoff recommande le thymol à la dose de 4 grammes en cachets. Pour essayer de ramener l'appendice à l'état normal, il faut employer les eaux laxatives à doses modérées (2 fois par mois) et dans l'intervalle, le le bismuth, en suspension dans un verre d'eau sucrée absorbée par petites gorgées à la dose de

2 à 4 grammes : ce traitement peut être prolongé pendant plusieurs mois.

P. Sainton.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine

Traitement combiné des affections cardiaques. — Fisch rappelle que toute affection chronique exige une action thérapeutique s'adressant à plusieurs genres de médication en même temps : ce principe a permis, dans ces dernières années, de perfectionner notablement l'intervention médicale en cas d'affections cardiaques. Mais la réussite dépend d'un facteur important, la réaction du sujet vis-à-vis de l'excitation produite par l'argent thérapeutique.

En examinant au tonomètre de Gœrtner la pression sanguine après un exercice physique, on reconnaît que cet exercice produit chez les cardiaques une influence variable : la pression reste la même ou augmente, mais elle ne diminue jamais. Grâce au tonomètre, on peut arriver, chez un malade donné, à se rendre compte de la somme de travail musculaire qui constitue pour lui une limite qu'il est dangereux de franchir : une série d'examens permet bientôt de connaître ainsi quelle est la valeur fonctionnelle d'un cœur donné.

Au point de vue du régime, il faut, tout en n'étant pas trop sévère, ne pas dépasser 2 à 2 1/2 litres de liquide par jour.

La mécanothérapie, combinée aux bains d'acide carbonique, a pour but de décharger la circulation veineuse et d'exciter le myocarde à fournir peu à peu une somme de travail plus considérable.

En dehors de la digitale et du strophanthus, il ne faudrait pas négliger l'emploi de quelques excitants, tels que l'éther, l'huile camphrée, le café fort, etc : le vin est plus dangereux qu'utile : parmi les diurétiques, le salicylate de soude et théobromine (diurétine), méritent une mention spéciale.

Le climat des plaines est à recommander : le bord de la mer est préférable à la haute montagne.

En résumé, on arrivera avec le temps, grâce au traitement combiné des affections cardiaques, à reconnaître que ce genre de maladies n'est pas au-dessus des ressources de l'art, et que de nombreuses stations balnéaires pourront, en installant les aménagements nécessaires, rendre service à cette catégorie de patients.

E. Vogt

L'administration de l'opium dans les maladies cardiaques, et dans l'intoxication saturnine, par M. Chas. R. Wilson (Philadelphie) (*The Medical Age*, 25 Janvier 1902). — Bien que l'opium, soit, en général, considéré comme une drogue ayant mauvaise réputation, M. Wilson pense, au contraire que, bien administré, ce médicament est excessivement précieux. A ce sujet, il rapporte trois observations intéressantes.

Dans la première observation, il s'agit d'une jeune femme de 22 ans, présentant tous les phénomènes d'une intoxication saturnine. Après avoir administré un laxatif et une solution d'iodure de potassium, afin d'arrêter la constipation et de favoriser l'élimination du plomb de l'organisme, l'auteur fit prendre à la malade, toutes les deux heures, pendant un jour, 1 centigramme d'opium mélangé à de l'extrait de belladonne, et les jours suivants, ordonna, sous forme de gouttes, 15 gouttes de teinture d'opium, ou une cuillerée à soupe d'élixir parégorique. Au bout de trois jours, les douleurs avaient complètement cessé.

M. Wilson croit que l'on peut prescrire de fortes doses d'opium, bien calculées, sans risque de produire des accidents de cyanose, de rétrécissement pupillaire ou de léthargie, et dit que, dans certains cas, il a pu faire prendre près de 20 centigrammes d'opium, par jour, en administrant ce médicament à la dose de 1 centigr. 1/2, toutes les deux heures. De même, l'auteur a employé le laudanum, à la dose de 60 centigrammes toutes les deux heures, et a pu atteindre approximativement par jour, la quantité de 2 grammes, sans provoquer le moindre danger.

Dans la deuxième observation, qui se rapporte à un homme atteint d'une hypertrophie du cœur, sans lésions valvulaires, M. Wilson essaya en vain la digitale ; la morphine associée au chloroforme et à la teinture de cardamome ne parut donner d'abord qu'un médiocre résultat. Après plusieurs absorptions de cette dernière médication, la malade se sentit mieux, et put quitter l'hôpital.

Dans le troisième cas, l'auteur eut à traiter en même temps que des crises de rhumatisme survenues chez un jeune homme de 15 ans, une hypertrophie cardiaque, qui était cause d'une dyspnée très vive. De nouveau, il prescrivit la morphine associée au chloroforme et à la teinture de cardamone, pendant plusieurs jours, et nota une amélioration très sensible, à la fin du quatrième jour de traitement.

M. Wilson conclut en montrant que l'opium est un médicament qui donne des succès toutes les fois qu'il est administré méthodiquement et modérément. Il ne devient dangereux que lorsqu'il est ordonné à des doses trop fortes. En tous cas, l'administration de la dose doit toujours être croissante, et doit se faire par la voie buccale. Ce n'est que dans les crises convulsives causées par l'urémie que l'opium sera pris en injections hypodermiques.

R. Blondel.

Arrêt de l'hémorragie en cas d'hémoptysie (*Deutsche med. Wochenschrift*, 5 juin 1902). — Niedner a étudié, à la clinique du Pr Leyden à Berlin, l'action des injections sous-cutanées d'ergotine en cas d'hémoptysie.

Ces injections s'accumulent dans le tissu cellulaire sous-cutané et sont très lentement résorbées : faites au niveau de la cage thoracique elles arrêtent, du côté où se fait l'injection, l'activité des mouvements respiratoires, sans doute à cause de la tension qu'elles provoquent dans le tissu cellulaire. Cette constatation a fait naître la pensée que cet effet mécanique, si important quand il s'agit d'hémorragie, pouvait bien jouer un rôle capital dans les résultats obtenus avec la gélatine.

L'auteur a donc étudié les conditions que doit remplir un bandage thoracique immobilisant la région où l'hémorragie se produit; ce sont les suivantes :

1° Le bandage doit pouvoir être appliqué facilement, sans que le malade soit secoué;

2° Il ne doit exercer nulle part une pression gênante;

3° Il doit toutefois comprimer énergiquement le point malade;

4° Il doit pouvoir rester en place pendant une série de jours et même de semaines.

Pour atteindre ce résultat, l'auteur a utilisé du sparadrap caoutchouté (Helfenberg), qu'il a découpé en bandes de 3 cm. de large et de 60 cm. environ de long. On part du rachis et on applique, en tirant fortement, les bandes sur le thorax; la première part de la troisième apophyse épineuse dorsale et vient en avant jusqu'au sommet du sternum, en passant sur le sommet du poumon, les suivantes s'imbriquent les unes sur les autres en s'éloignant du rachis. Les fossettes sus-épineuses et sous-claviculaires sont rembourrées d'ouate : les bandes passent par-dessus pour exercer une bonne compression. Ces bandes sont destinées à maintenir le sommet du poumon atteint.

Pour comprimer latéralement les régions pulmonaires moyennes et inférieures, des bandes horizontales, partant à peu près de la 3e apophyse épineuse dorsale, passent sous l'aisselle et vont rejoindre en avant le sternum; elles recouvrent l'extrémité des bandes dont nous avons parlé en premier lieu. L'aisselle et le mamelon sont protégés par des bourrelets d'ouate.

On chauffe un peu le sparadrap avant de s'en servir, pour augmenter sa force adhésive. Il suffit d'une douzaine de bandes pour terminer l'appareil.

Six malades ont été ainsi traités : malgré le petit nombre des cas, l'auteur s'est décidé à publier son procédé parce que l'effet, sauf dans un cas où il s'agissait d'une malade très agitée, a été tout à fait surprenant. Il s'agissait toujours d'hémoptysies extrêmement tenaces ayant résisté à toutes les autres médications.

Il va sans dire que le côté malade doit être connu; les malades eux-mêmes donnent à ce sujet des renseignements en général précis, et un examen donne le plus souvent un éclaircissement à cet égard.

La pose de ce bandage est certes moins désagréable que l'injection de gélatine, qui doit être faite avec grand soin, est toujours douloureuse et provoque de l'hyperthermie. Du reste, les malades réclament l'appareil quand on le leur enlève.

E. Vogt.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

De l'impuissance sexuelle et de son traitement électrique, par Laquerrière. (*Le Progrès médical* 18 mai 1902. — On trouve souvent, dans les ouvrages classiques, l'électrothérapie conseillée contre l'impuissance.

Dans les impuissances de cause anatomique l'électrisation ne saurait être employée : tout au plus pourrait-on, dans quelques circonstances exceptionnelles, songer à utiliser la dilatation électrolytique pour remédier à certaines anomalies de forme du canal uréthral. Tantôt la lésion anatomique siège dans le système nerveux central ; les électrothérapeutes tendent de plus en plus à abandonner le traitement des maladies cérébrales ou médullaires qui, durant un certain temps, leur était assez facilement confiées. Il est vrai que, dans certaines des affections du système cérébro-spinal, il y a, à côté, des troubles fonctionnels, liés vraisemblablement à des phénomènes congestifs se produisant au voisinage des points atteints.

L'électrisaton du rachis serait-elle très capable de favoriser le retour fonctionnel des

territoires qui ne sont pas irrémédiablement frappés ? C'est une question tout entière à l'étude ; mais il n'y a eu jusqu'à présent aucune observation démontrant une action favorable d'un courant sur l'anaphrodisie du tabès ou d'une maladie du même genre.

Une deuxième catégorie peut être constituée par les impuissances résultant d'une modification de l'état général et renfermer les affections causées par une intoxication accidentelle ou chronique, — soit d'une maladie dyscrasique comme l'obésité, le diabète, l'albuminurie, soit enfin d'un état de déchéance de l'organisme, par exemple de la tuberculose avancée, des cachexies diverses, etc.

Dans tous ces cas, il y a à traiter avant tout la cause et il n'y a pas à proposer une médication électrique pour l'impuissance. Ce n'est pas à dire que l'électricité n'ait jamais à intervenir ; la statique, les hautes fréquences, le bain hydro-électrique pourront trouver en nombre de circonstances leurs indications ; mais seulement pour stimuler la nutrition, activer les échanges, relever les forces, en un mot pour agir sur l'organisme entier.

Restent les troubles de nature psychique, comme ceux qu'on constate chez des sujets atteints à un degré plus ou moins marqué de manie du doute, les défaillances des hystériques et des neurasthéniques, les impuissances émotives et enfin l'impuissance essentielle, si tant est qu'un sujet normal présente sans cause de l'impuissance.

Dans ces différentes variétés, il y a toujours une part psychique et il est fort difficile d'apprécier la valeur d'un traitement physique. En tous cas on peut simplement remarquer qu'à l'heure actuelle les applications industrielles et journalières de l'électricité lui ont fait perdre une grande partie de son prestige, au moins pour les habitants des grandes villes.

Mais il est certain que les différents procédés d'électrisation, en tête desquels il faut citer le bain statique, qui calment le système nerveux, rétablissent le sommeil, ou ceux qui, comme la révulsion rachidienne par étincelles, relèvent la pression sanguine, peuvent procurer au malade une sensation de mieux-être qui devient une base sérieuse pour une *auto-persuasion* des plus profitables.

Il paraît en outre évident que tout traitement capable d'augmenter la fréquence ou l'intensité des érections pourra au moins, si on lui dénie la possibilité de procurer par lui-même la guérison complète, être le meilleur adjuvant en permettant au sujet de reprendre confiance en lui-même. La faradisation, portée sur le gland, au périnée ou dans le rectum, conduit parfois au résultat cherché ; la révulsion par étincelles au niveau des lombes compte aussi un certain nombre de succès.

Enfin, le courant continu employé en plaçant le pôle positif au périnée et le négatif aux lombes, est, de tous ces procédés, celui qui réussit le plus souvent ; il est particulièrement utile pour modérer l'irritabilité réflexe et retarder l'éjaculation prématurée.

Tripier a essayé de réveiller l'influence médullaire par des applications de courant continu faites du sacrum à la nuque ; et il rapporte un assez grand nombre de faits où l'influence du courant ascendant (le courant descendant employé exceptionnellement ayant paru plutôt funeste) s'est montré manifestement favorable.

Apostoli a repris le même procédé mais en cherchant à augmenter considérablement les doses électriques, qui jusque-là avaient varié le plus souvent entre 10 et 20 milliampères.

Le dispositif dont il se servait est le suivant : Deux larges électrodes en terre glaise, analogues à l'électrode abdominale qui sert en gynécologie, sont appliquées l'une sur le sacrum et les régions fessières, l'autre sur les parties postérieures et latérales du cou et des épaules.

Le pôle positif est toujours placé en bas. Le courant est débité lentement, et progressivement sans aucune secousse.

On peut ainsi, chez des individus à sensibilité normale, atteindre des intensités de 100 à 150 et même 175 milliampères, dose qui est facilement tolérée pendant 10 minutes chaque jour si les électrodes de terre glaise sont bien faites.

Il semble qu'il y ait intérêt à se servir d'intensités aussi élevées que possible avec l'électricité comme avec tout autre médicament : il est certain que la diffusion électrique restant la même, l'organe qu'on veut atteindre est traversé par un courant d'autant plus fort que le courant total traversant l'organisme est lui-même plus intense.

D'autre part, en employant des électrodes aussi grandes, on intéresse des régions du corps étendues et il en résulte d'abord une action plus marquée sur l'état général (modifications de la circulation, modifications des échanges nutritifs, etc.) lorsqu'il y a lieu de rechercher un effet de ce genre, ensuite des réactions sur plusieurs organes voisins ; dans l'impuissance, il semble utile d'agir à la fois sur la moelle, les racines rachidiennes, et les plexus abdominaux.

A l'heure actuelle, il a été soigné par ce procédé un certain nombre de cas graves d'impuissance sexuelle se rapportant à différentes étiologies.

Le résultat final a été variable selon la nature de la maladie; mais ce qu'on peut dire c'est que, sauf en présence de déchéances organiques irrémédiables, on a constaté après les premières séances, toujours une augmentation de la fréquence des érections, presque toujours une augmentation de leur intensité et de leur durée.

Ce résultat en certains cas ne se maintient pas au bout d'un certain nombre de séances.

En résumé, on peut jusqu'ici admettre que la voltaïsation ascendante du rachis augmente la faculté d'érection chez les sujets qui ont une défaillance de cette faculté. Aussi doit-on essayer ce procédé contre l'impuissance sexuelle soit qu'on cherche en lui un agent curateur par lui-même, soit qu'on veuille seulement rendre au sujet confiance en lui-même et lui donner un appui pour un travail psychique qui est nécessaire dans bien des cas.

E. Vogt.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

D' COURTADE

Ancien interne des hôpitaux

Balle dans l'oreille — Radiographie, par Baratoux (*La pratique médicale* mars 1902), — Un jeune homme de 20 ans se tire une balle de 0.006 dans l' oreille gauche. La radiographie montre que la balle semble logée dans le crâne un peu en arrière de la selle turcique ; un fragment de la balle, se trouve près du condyle du maxilliaire inférieur.

Le médecin crut devoir ajourner une intervention : une suppuration abondante se produisit avec bourgeons exubérants qui remplissaient le conduit. M. Baratoux pratiqua alors l'opération suivante : incision mastoïdienne en arrière du sillon, décollement du conduit membraneux, curettage des végétations et résection de la partie postero-supérieure du conduit osseux ; la balle apparaît alors moulée sur le fond de la caisse et est extraite assez facilement. Les soins consécutifs ont été ceux qui suivent l'opération de Stock.

Après guérison, la radiographie ne montre plus le point noir dans la cavité crânienne comme après l'accident.

Nous ajouterons comme commentaire que si la radiographie a donné de fausses indications sur le siège de la balle, cela tient à l'insuffisance de la radiographie dans un seul plan ; il aurait fallu tirer deux épreuves, l'une dans le plan transversal et l'autre dans le plan antero-postérieur pour apprécier le siège exact du corps étranger dans le crâne; l'épreuve antero-postérieure aurait montré que la balle était peu éloignée de la face latérale gauche du crâne.

A. Courtade.

Traitement des suppurations de l'oreille moyenne (*Société otologique de Berlin*, 13 mai 1902). — Ehrenfried introduit, au moyen d'un compte-gouttes, une solution de lysol ou de l'eau oxygénée dans la caisse : il laisse le liquide en place pendant 10 minutes et l'aspire ensuite au moyen du même compte-gouttes. Ce traitement provoque un ramollissement des sécrétions qui sont ensuite aspirées par l'instrument. On fera, si nécessaire, jusqu'à 20 ou 30 manipulations de ce genre dans une seule séance. L'auteur affirme être parvenu à extraire ainsi même des cholestéatomes, et à éviter ainsi des interventions sanglantes. Ces dernières doivent être réservées aux cas où des accidents pyémiques ou méningitiques sont à craindre.

Avec le procédé ci-dessus, appliqué pendant un mois régulièrement, on améliore à tel point les malades que toute complication dans l'avenir est évitée, même dans les cas où le traitement n'arrive pas à guérir l'otite moyenne.

Discussion. — Hartmann estime que le courant aspirateur qui peut se développer dans un compte-gouttes ne saurait être assez intense pour mobiliser des masses purulentes, à plus forte raison des cholestéatomes. L'orateur croit aussi qu'une séance durant 200 à 300 minutes ne saurait devenir une pratique courante en otologie.

Heine considère comme impossible un nettoyage parfait d'une cavité aussi anfractueuse que celle de la caisse; il proteste aussi contre la proposition d'Ehrenfried, qui conseille de n'intervenir chirurgicalement que dans les cas d'imminence d'accidents très graves. La présence d'un cholestéatome constitue pour Heine une indication opératoire formelle.

Schonstadt a vu un grand nombre de malades traités auparavant par Ehrenfried, et qui n'étaient pas guéris.

E. Vogt.

Le bromure d'éthyle dans les opérations pour végétations adénoïdes, par M. J. W. Gleitsmann, (*Medical Record*, janvier 1902). — Pendant plusieurs années, l'auteur a expérimenté le bromure d'éthyle dans les opérations pratiquées pour les les végétations adénoïdes et a remarqué que l'anesthésie se manifeste après l'application de ce produit narcotique bien plus rapidement qu'après l'usage de tous les autres. Aussi, ne devra-t-on utiliser le bromure d'éthyle que dans

les opérations de courte durée, et toujours à l'état absolument pur.

M. Gleitsmann a pratiqué plus de 500 opérations, au moyen de cet anesthésique, et, chez les enfants de 8 à quinze ans, administre d'ordinaire une dose de 5 à 10 grammes de bromure d'éthyle. Si les végétations sont très abondantes et très charnues, il sera préférable, pour obtenir une anesthésie complète, de donner une dose de 10 grammes au moins de bromure d'éthyle. Jamais l'auteur n'a eu à se reprocher quelque accident. On provoquera l'anesthésie par doses massives ou par doses graduellement calculées. Dans ce dernier cas, l'insensibilité demande au moins deux minutes pour se produire; c'est ce que l'on constatera à l'abolition de la tonicité musculaire et à l'état du pouls. L'anesthésie, ainsi obtenue, sera assez profonde pour permettre l'ablation des deux amygdales, et s'il est nécessaire, de végétations adénoïdes du nez et du pharynx. R. Blondel.

Hypertrophie chronique des amygdales (*The Lancet Ingleby lecture*, 7 juin 1902). — M. F. Marsa donne la préférence à l'amygdalotomie, dont il considère les risques comme pratiquement nuls. Il est impossible de blesser la carotide interne, soit avec la guillotine, soit avec un bistouri boutonné. L'hémorragie qui suit l'opération cesse, en général, d'elle-même. L'hémorragie qui survient dans les vingt-quatre premières heures qui suivent l'opération est plus sérieuse, parce qu'elle peut rester ignorée et qu'une syncope peut survenir avant l'arrivée du médecin.

Il faut d'abord s'assurer exactement de la cause de l'hémorragie, si celle-ci provient d'un vaisseau ou si elle se produit en nappe. Dans le premier cas, on appliquera une pince qu'on laissera en place. Dans le second cas, on lavera la plaie avec une solution d'adrénaline et on donnera toutes les heures, suivant l'âge, 0 gr. 30 à 0 gr. 60 de chlorure de calcium jusqu'à cessation de l'hémorragie. Si le badigeonnage avec l'extrait de capsules surrénales ne suffit pas, on exercera une pression assez forte sur la plaie saignante avec un tampon de gaze imbibée ou non d'extrait surrénal. S'il existe de l'hémophilie, on donnera, comme Marsh l'a fait dans un cas avec succès, le chlorure de calcium quelques jours avant l'opération.

L'hémorragie secondaire est rare, mais elle peut survenir vers le sixième jour à la suite de la chute de l'escharre. Marsh en cite trois exemples dans lesquels l'hémorragie fut arrêtée par des applications d'adrénaline et l'emploi interne du chlorure de calcium.

Le traitement post-opératoire est très simple Les conditions essentielles sont d'éviter tout mouvement pouvant être la cause d'une hémorragie, de placer l'enfant dans une température égale pendant la convalescence, afin de prévenir toute inflammation, de faire des lavages de propreté, enfin de soumettre l'opéré à un régime convenable. Le premier jour, lait stérilisé froid ou dégourdi, régime liquide les deux jours suivants. Si la gorge est douloureuse pendant les mouvements de déglutition, on donnera une pastille de cocaïne à 0 gr. 005. Après le repas, faire rincer la bouche et la gorge avec une solution antiseptique alcaline.

S'il survient des phénomènes septiques locaux, faire prendre une dose de calomel, puis de la quinine ou du perchlorure de fer, gargarisme avec du thymol et du chlorate de potasse : on insufflera de l'iodoforme sur la plaie; surveiller et soutenir en même temps l'état général.

L. Jumon.

Du traitement chirurgical de la laryngite tuberculeuse, par le Dr Namou de la Sata y Lostra (*Medicina y Cirurgia*, 30 mai, 1902). — Le traitement chirurgical de la laryngite tuberculeuse comporte des moyens internes et des moyens externes. Les premiers sont : l'incision du tissu infiltré selon la pratique de Waritz Schmidt et autres : les injections sous-cutanées d'acide lactique dans les cas d'œdème laryngien par la méthode d'Heryng, le raclage de l'ulcère laryngé comme le fait Heryng, et l'excision du tissu œdémateux et le raclage des ulcères comme le conseille Krause.

L'incision du tissu infiltré, suivie de l'application d'acide lactique, a été abandonnée pour inutile. Les injections sous-cutanées d'acide lactique en plein tissu œdémateux, sont très douloureuses et donnent de mauvais résultats : le raclage et l'excision des tissus infiltrés sont les opérations qu'on pratique avec réussite et qui ont fait leurs preuves.

A. *Technique des incisions.* — 1° Anesthésie complète du larynx avec la cocaïne;

2° Avant de faire les incisions on doit tout préparer pour faire la trachéotomie en cas de besoin;

3° On doit pratiquer plusieurs incisions profondes ou une grande, par où on laisse sortir le sang;

4° Généralement, ont fait trois incisions longitudinales, depuis le tubercule de l'épiglotte jusqu'à la partie supra-hyoïdienne : une centrale et deux latérales;

5° Pour diviser l'épiglotte, dans les cas d'inflammation tuberculeuse aiguë du périchondre et du cartilage, on emploie le couteau de Tabola ou celui de Sterck;

6° Quand on fait les incisions sur les replis

ary-épiglottiques, on ne doit pas intéresser la face externe, de crainte de blesser le nerf laryngé supérieur ou de couper les cartilages;

7° Les incision faites et l'hémorragie arrêtée, on touche la région avec l'acide lactique.

8° Avant de renvoyer le malade, on saupoudre le larynx avec parties égales d'iodol et de gomme ou on touche avec l'émulsion d'iodoforme;

9° Le malade rentré chez lui, il fera des gargarismes à l'eau bouillie et refroidie avec la glace; il posera une vessie de glace à la partie antérieure et externe du cou, gardera le repos complet et le silence absolu.

B. *Complications des incisions.* — 1° L'hémorragie produite par l'incision peut être si petite que la turgescence des tissus ne diminue pas et que ceux-ci, par le traumatisme, augmentent encore, déterminant une dyspnée si intense et prolongée que la trachéotomie immédiate s'impose ;

2° L'excitation nerveuse, l'anxiété, la respiration superficielle, la fatigue des muscles pectoraux, peuvent être combattues par la morphine ou la glace intrùs et extra;

3° Dans les premiers jours, les douleurs pouvant augmenter, on les calmera avec la cocaïne.

C. *Indications des incisions.* — 1° La grande tuméfaction de l'épiglotte ou de la paroi postérieure du larynx produisant une forte dysphagie, exige de grandes et profondes incisions ;

2° La grande tuméfaction inflammatoire aiguë qui apparaît quand il y a des ulcères et infiltrations dans la paroi postérieure et dans les replis ary-épiglottiques, exige de grandes et profondes incisions si la glace et la morphine ne calment pas la suffocation.

D. *Contre-indication des incisions.* — Chez les personnes pusillanimes, chez les affaiblies, chez celles qui ne sont pas habituées aux instruments laryngiens, quand il y a fièvre.

A. *Technique du râclage.* — 1° Anesthésie complète;

2° On introduit l'instrument et on l'applique sur le tissu pathologique ou les bords hypertrophiés des plaies et avec un mouvement rapide et fort, on sépare la partie dégénérée;

3° Quand les excroissances sont grandes, en forme de champignons, et occupent la paroi postérieure du larynx, on emploie le couteau triangulaire et fenêtré.

B. *Indications du râclage.* — 1° Dans les maladies de la paroi postérieure du larynx, dans les infiltrations des bandes ventriculaires, dans celles de la face interne du cartilage aryténoïde, dans celles de la face postérieure, inférieure ou laryngienne de l'épyglotte;

2° Dans les nodus tuberculeux du tissu muqueux et sous-muqueux, dans les productions hypertrophiques et scléreuses, dans les tissus en voie de dégénérescence;

3° Dans les végétations en forme de champignon de la paroi postérieure et dans les tuméfactions hypertrophiques des bandes ventriculaires : dans les ulcères hypertrophiques comme dans les infiltrations tuberculeuses en voie de ramollissement;

4° Dans quelques tumeurs du larynx, polypes mous, papillomes, granulomes et dans les cas de néoplasmes mous, spongieux et infiltrations du type granuleux.

C. *Contre-indications du râclage.* — Les mêmes que pour les incisions et en plus la résistance du tissu (tissus durs, fibreux et cicatriciels).

F. Berini.

Plusieurs cas d'opérations sur le larynx pratiquées par la voie externe, par M. Marmaduke Sheild (*The British Medical Journal*, 19 avril 1902). — L'auteur fait tout d'abord remarquer qu'il est d'une importance capitale, avant de tenter quelque opération sur le larynx, d'avoir pour assistant un anesthésiste très exercé. On emploiera de préférence le chloroforme. La thyrotomie sera alors pratiquée en deux temps. Dans le premier temps, on fera deux incisions; d'abord l'incision de la trachéotomie préliminaire, puis, l'incision du cartilage thyroïde, incision longitudinale s'étendant d'un point situé au-dessus de ce cartilage jusqu'à 3 centimètres au-dessus du cricoïde.

Dans le second temps, on fera l'ouverture de la trachée, et, après tamponnement de la plaie à la poudre iodoformée, on y introduira le tube trachéal de Hahn. A partir de ce moment, on administrera le chloroforme par une petite canule que l'on fixera à la partie inférieure du tube de Hahn.

Quelquefois, ainsi que cela est assez fréquent chez les adultes, il sera nécessaire de faire la section du cartilage calcifié, au moyen de la scie.

L'auteur a observé que, le plus souvent, les tumeurs du larynx découvertes après la thyrotomie sont beaucoup plus étendues qu'elles ne le paraissent, tout d'abord, dans le laryngoscope. Après avoir touché ces tumeurs avec une solution de cocaïne à 20 0/0, à laquelle se trouve mélangée une nouvelle solution d'extrait de capsule surrénale dans 200 c³ d'eau froide, M. Sheild fait l'extirpation d'une façon très étendue de tous les tissus infiltrés par le néoplasme et n'hésite pas à sacrifier toutes les parties molles sous-jacentes au cartilage. Puis, il comprime la plaie avec des tampons imbibés d'une solution de térébenthine, cautérise au thermocautère et saupoudre toute la région avec de l'iodoforme. Il termine, en faisant la suture du

cartilage avec des tendons de kanguroo et la suture cutanée avec du crin de cheval. Le malade garde le tube trachéal jusqu'au moment où il accuse de la sensibilité du larynx et de la toux.

Comme soins post-opératoires, l'auteur recommande les inhalations de vapeur de créosote, et les lavages du larynx à l'eau tiède et à la « listérine », trois fois par jour. Interdiction absolue de parler et absorption de quelques morceaux de glace. Alimentation rectale. Le tube trachéal n'est retiré que lorsque le malade commence à avaler.

Au bout d'une quinzaine de jours, le malade est en convalescence. D'ordinaire, la guérison est facile et rapide. M. Shield conseille de parler le moins possible pendant un mois entier et note que le recouvrement des fonctions vocales, se fait, en général, d'une façon surprenante.

L'auteur termine cette étude en rapportant plusieurs observations où il fit la thyrotomie avec succès, dans différentes affections du larynx.

1er *Cas. — Fracture du larynx*, accompagnée de dyspnée chez une femme de 23 ans. Trachéotomie. Obstruction de la glotte par du tissu cicatriciel. Thyrotomie et ablation de ce tissu cicatriciel. Guérison complète.

2e *Cas. — Sténose syphilitique. Thyrotomie.* Résultat imparfait.

3e *Cas. — Papillome récidivant du larynx*, chez un homme de 54 ans. Thyrotomie et extirpation de la tumeur. Guérison sans récidive.

4e *Cas. — Fibrome de la corde vocale gauche* observé chez une femme de 33 ans. Thyrotomie et ablation de la tumeur au thermo-cautère. Le malade put recouvrir la voix.

5e *Cas. — Tumeurs papillomateuses du larynx*, ayant envahi à la fois les deux cordes vocales et les parties molles. Excision de ces tumeurs. Guérison complète sans menace de récidive (2 ans après). Voix parfaite.

6e *Cas. — Papillomes sessiles du larynx.* Thyrotomie. Guérison et amélioration des fonctions vocales.

7e *Cas. — Thyrotomie pour corps étranger* (morceau d'os), guérison.

8e *Cas. — Pharyngotomie sus-hyoïdine* chez une femme de 57 ans, et extirpation de petites masses tuberculeuses, s'étendant profondément jusque sous l'épiglotte. Guérison.

9e *Cas. — Cancer du larynx* observé chez une femme de 60 ans. Extirpation d'une moitié du larynx. Résultats assez satisfaisants (1 an 1/2 après).

R. Blondel.

Fractures du larynx, par Langlet (*Union med. du N-Est*, 28 février 1902). — L'auteur ayant observé quelques cas de fractures du larynx chez des aliénés de Bicêtre, avait fait en 1866 et 1868 des expériences pour en étudier la pathologie.

Il fait l'historique de la question et cite les opinions de Morgagni, Fodéré, Esquirol, Remer, Duchenne, Orfila, Devergie.

A. Courtade.

Le traitement du coryza aigu par A. Pugnat (*Revue médicale de la Suisse Romande* 20 mai 1902). — Le coryza ne doit point être abandonné à lui-même ; il constitue une porte d'entrée pour nombre d'infections auriculaires ou sinusiennes. On a conseillé pour le faire avorter l'emploi du mélange connu en Allemagne sous le nom de mélange de Brand (Acide phénique pur 5 gr., Ammoniaque liquide 5 g., Alcool à 90° 10 gr.r Eau distillée 15 gr.) à inhaler toutes les heures ; d'autres préfèrent une pulvérisation avec le mélange suivant.

Ichtyol	0 gr. 50
Alcool	ãã 50 grammes
Ether	

ou des badigeonnages avec une solution de cocaïne. Vacher préconise dès le début le badigeonnage avec l'extrait aqueux de capsules surrénales ; l'auteur a pu employer le chlorydrate d'adrénaline isolé par Takamine ; la solution du commerce étant titrée à 1 p. 1000 il suffit de la diluer de façon à obtenir une solution à 1 p. 5000 ou 6000. On fait deux ou trois badigeonnages avec cette solution et dans l'intervalle on recommande le mélange de Brand en inhalations.

Quand le coryza est en évolution, la cocaïne et le menthol amènent un soulagement ; là encore l'adrénaline donne les meilleurs résultats. Une méthode qui serait efficace est celle de Spiers de Francfort ; il conseille l'insuflation rétronasale de poudre d'orthoforme ; elle a pour but de calmer l'hyperexcitabilité réflexe de la muqueuse.

P. Sainton

Le traitement par l'opération de Asch des déviations du septum nasal, par M. Eugène S. Yonge (*The British Medical Journal*, 19 avril 1902). — Dans les cas où le cartilage triangulaire du septum présente une déviation plus ou moins marquée tendant à causer de l'obstructiion nasale, l'opération de Asch s'impose. Pourtant cette opération ne peut pas toujours être effectuée ; et l'auteur, tout en reconnaissant qu'elle est surtout faisable dans toutes les variétés de déviations de la portion cartilagineuse de la cloison, la repousse dans les cas où la déviation est due à la prolifération de la muqueuse nasale ou à des tumeurs de la cloison,

sans qu'il y ait réellement déplacement du septum, et dans les cas où la sténose des narines est trop caractérisée.

M. Yonge rappelle la technique de l'opération de Asch et cite quatre observations où il eut l'occasion de tenter cette opération.

La première observation s'applique à un jeune homme de 16 ans qui avait depuis un an une diformité externe du nez avec obstruction de la narine droite. L'extrémité du nez regardait en haut et à gauche, et le bord inférieur du cartilage triangulaire du septum était déplacé dans une direction opposée. Un abondant écoulement de mucosités nasales était lié à cette difformité. L'opération de Asch fut pratiquée avec succès.

La seconde observation renferme un cas d'obstruction de la narine droite, et quelquefois des deux narines, chez une femme de 38 ans. Une pharyngite et laryngite catarrhale compliquait l'infirmité de cette malade qui se plaignait de maux de tête continus et de raucité dans la voix. L'opération de Asch corrigea une déviation du septum dans la narine droite.

Dans la troisième observation, l'auteur rapporte avoir vu chez un enfant de 9 ans une déviation de la cloison, si prononcée du côté de la narine gauche qu'il y avait obstruction presque complète des deux narines. D'un côté, en effet, l'occlusion était due au septum déplacé, de l'autre, à l'hypertrophie du cornet inférieur droit. M. Yonge cautérisa ce cornet et redressa la cloison par la méthode de Asch.

Enfin, l'auteur obtint encore un succès complet dans un quatrième cas qu'il observa chez un homme de 23 ans, présentant de l'obstruction de la narine gauche, et de la surdité de l'oreille du même côte, avec de la rhinite catarrhale associée à de la naso-pharyngite.

R. Blondel.

Note sur un cas de névrite optique unilatérale suite d'affection nasale, par Brandès et de Greift (*Ann. et bull. de la Soc. méd. d'Anvers*, février-mars 1902). — M. E. G., 41 ans, se plaint d'une diminution de la vue à gauche survenue à la suite d'une affection nasale.

A l'examen : rougeur, gonflement de l'angle interne de l'œil gauche, globe oculaire devié en dehors, et moins mobile en dedans. Signes objectifs de névrite optique secondaire : pupille floue, à contours mal limités; veines rétiniennes dilatées, tortueuses, artères amincies. La vision est réduite à la perception lumineuse.

Il s'agissait d'une affection des sinus maxillaire et ethmoïdal; l'opération nasale suivante pratiquée par M. de Greift procura une amélioration considérable des troubles visuels : le sinus maxillaire fut ouvert et curetté; l'os était si ramolli que l'opérateur dut agir sur le plancher de l'orbite. Après incision à l'angle interne de l'orbite, l'ethmoïde fut attaqué avec une grande curette et les cellules etmoïdales défoncées après ablation du cornet moyen. La région fut tamponnée avec une mèche de gaze iodoformée qui put être enlevée par la fosse nasale.

A. Courtade.

Valeur thérapeutique de l'extrait de capsules surrénales dans la pratique oto-rhino-laringologique (*Med. Obosr.* N° 4, 1902). —

En se basant sur des observations personnelles ainsi que sur celles qui ont été publiées par différents auteurs, Radtschick formule les conclusions suivantes sur la valeur thérapeutique de l'extrait des capsules surrénales :

1° L'extrait surrénal en concentration aqueuse suffisante (à 50 0/0) est un puissant moyen vaso-constricteur local.

2° La préparation de cet extrait ne présente pas de grandes difficultés et n'exige pas d'appareils compliqués.

3° On n'a jamais constaté aucun inconvénient survenu par l'emploi externe de cet extrait.

4° L'extrait est particulièrement indiqué dans les cas où l'on cherche à obtenir une diminution — fût-elle passagère — de l'hyperémie ou de la tuméfaction de la muqueuse. Toutes les affections catarrhales du nez, de la gorge et du larynx doivent être rangées à cette catégorie ;

5° L'extrait peut être employé en rhinologie dans un but de diagnostic et aussi dans un but thérapeutique, pour dilater des conduits rétrécis.

6° L'extrait est indiqué comme anesthésique soit dans les cas où l'anesthésie à la cocaïne n'est pas applicable, soit dans les cas où l'on cherche à rendre cette anesthésie plus intense : dans ce dernier cas, on commence par une application d'extrait.

7° Enfin étant donné que l'extrait constitue un hémostatique puissant, on peut l'employer très avantageusement dans tous les cas d'hémorragie, particulierement dans les hémorragies nasales et aussi avant, pendant et après les interventions chirurgicales.

J. Roubleff.

Ophtalmologie

Dr E. Kopff

Médecin oculiste de l'hôpital St-Joseph

Les Blépharites, par Trousseau (*Gazette des Hôpitaux*), n° 62 p. 621, 1902.

Traitement général.

Chez les scrofuleux on ordonne l'huile de foie

de morue, les bains salés, les stations maritimes salines, Salies de Béarn : chez les arthritiques, une saison à Uriage, Luchon et l'antisepsie intestinale chez les auto-intoxiqués.

Prescrire un régime d'où seront exclus tous les aliments excitants et les alcools. Interdire les endroits où l'on fume et dont l'air est confiné.

TRAITEMENT LOCAL.

1° *Blépharite érythémateuse.* — Compresses chaudes imbibées d'eau boriquée ou de boricine (1 c. à dessert dans un grand bol d'eau tiède). Le soir appliquer de la vaseline neutre ou un mélange à parties égales de vaseline et lanoline d'abord, puis la pommade au précipité blanc (0 gr. 10 pour 5 grammes de vaseline).

Si un chalazion ou un orgelet débutent, pas de pommade ; uniquement des applications chaudes (cataplasme Langlebert).

Percer l'orgelet après avoir protégé les bords des paupières avec un corps gras ; ensuite nettoyage antiseptique énergique (sublimé).

2° *Blépharite eczémateuse.* — Dans les cas de moyenne intensité, simple nettoyage à l'eau bouillie tiède et compresses au cyanure d'hydrargyre à 10.000 c. Si l'affection traîne, employer les pommades suivantes, classées suivant le degré de réaction qu'elles déterminent et contenant, pour 5 grammes de vaseline.

a) Oxyde de zinc.....	0 gr. 10
b) Précipité blanc.....	0 gr. 10
c) Oxyde jaune finement porphyrisé.....	0 gr. 10
d) Précipité rouge.....	0 gr. 03
e) Acide phénique.....	0 gr. 05
f) Huile de cade.....	0 gr. 10
g) Ichthyol.....	0 gr. 05
Huile d'olive..... / Huile de bouleau.....	àà 0 gr. 05

On peut commencer par les applications de vaseline neutre.

Si la blépharite est irritable, on doit se contenter de lavages à l'eau bouillie, puis avec de l'eau additionnée de 10/1000 de bicarbonate de soude. Lorsque le malade ne réagit plus on emploie les antiseptiques.

Pour guérir les ulcérations, on arrache les cils malades, on applique des antiseptiques en compresses. Il est quelquefois bon de toucher les bords des paupières avec une solution de nitrate d'argent à 2 0/0.

Dans les formes chroniques ou torpides on emploie d'emblée les antiseptiques et les pommades un peu fortes.

Si l'irritation se produit, on revient au traitement de la forme moyenne ou aiguë.

3° *Blépharite pityriasique ou séborrhélique.* — Simples lavages à la boricine et pommades à l'oxyde de zinc, ou à l'oxyde jaune. Calmer les démangeaisons par des lotions avec :

Eau.....	500 grammes
Acide phénique.....	2 —

4° *Blépharite hypertrophique.* — Si l'hypertrophie est trop prononcée, on peut scarifier les bords des paupières.

5° *Blépharite ulcéreuse.* — Faire tomber les croûtes pendant la nuit au moyen de cataplasmes aseptiques qu'on remplace le matin par des compresses au sublimé ou à l'eau phéniquée. Epiler soigneusement tous les cils malades. Cautérisations légères à la teinture d'iode ou au nitrate d'argent.

6° *Blépharite pityriasique.* — Enlevez les pédicules ou les lentes. Lavages au sublimé à 1/5000.

G. LYON.

Le permanganate de potasse dans l'ophtalmie blennorrhagique des nouveau-nés par G. CORDA (*Clinica Moderna*, n° 12, 1902). — Les irrigations vaginales au permanganate de potasse à 1/3000 donnent des très bons résultats prophylactiques contre l'ophtalmie blenorrhagique des nouveau-nés.

On devrait du reste toujours faire le lavage des yeux des nouveau-nés avec une solution de sublimé corrosif ou de permanganate potasique à 1/4000 au moment de la naissance.

La maladie une fois développée, le traitement usuel consiste à instiller du nitrate d'argent, qui donne certainement de très bons effets, mais présente un certain nombre d'inconvénients. Le nitrate est irritant; le topique doit toujours être appliqué par le médecin lui-même et peut causer des troubles oculaires assez graves.

L'auteur a en conséquence préféré dans tous les cas d'ophtalmie blennorragique des nouveau-nés, depuis un an, le permanganate de potasse en solution à 1/3000 :

Il fait d'abord avec la solution tiède des lavages des culs-de-sac conjonctivaux pour en chasser entièrement la secrétion purulente, puis procède à une irrigation de la conjonctive et de la cornée avec un litre de la même solution tiède.

Toutes les deux ou trois heures, selon la gravité de la maladie, on répètera les lavages oculaires, qui peuvent être pratiqués par les infirmiers. Si l'un des yeux est sain on le mettra à l'abri de toute contagion.

Cette médication, qui a en outre l'avantage d'être analgésique, fait disparaître au bout de 12 à 15 jours toute secrétion purulente ; celle-ci commence à être notablement diminuée vers le septième jour du traitement. La technique de ces lavages est très simple : elle s'applique à tous les cas, alors que l'emploi du nitrate d'ar-

gent n'est pas toujours possible et doit être maintenu dans certaines limites. Voici les conclusions de l'auteur:

Le traitement au permanganate de potasse doit être adopté pour les ophtalmies blennorrhagiques des nouveau-nés.

Il n'a pas l'action irritante du nitrate d'argent.

Il n'offre par le danger d'empirer les lésions cornéennes préexistantes.

Il peut être exécuté par l'entourage du malade.

A.-L. Percival.

Les collyres et les bains oculaires iodurés contre les cataractes au début par M. Blondel. (*Nord Médical*, 1902.) — Ayant observé que l'œil absorbait rapidement et en quantité considérable les sels d'iode en solution aqueuse, mis au contact de la cornée et de la conjective, M. Blondel essaya, dans les cataractes prises à leur début, les solutions d'iodure de potassium ou de sodium à 25 0/0, en collyres et en bains d'yeux. Le collyre est instillé à la dose d'une ou deux gouttes matin et soir; quant aux bains oculaires, on les fait prendre deux fois par jour, à l'aide d'une œillère étroitement appliquée contre l'œil, les paupières entr'ouvertes, pendant une ou deux minutes. Déjà, M. Blondel avait voulu expérimenter les injections sous-conjonctivales, mais il fut obligé d'y renoncer, les malades acceptant difficilement un mode de traitement qui nécessite l'intervention constante du médecin et l'emploi de la cocaïne.

L'auteur, il est vrai, ne vit pas la cataracte rétrogarder d'une façon absolument nette à la suite de l'usage des solutions iodurées: mais, chez plusieurs sujets, il constata un arrêt dans l'évolution du processus morbide, et chez un grand nombre d'autres, un ralentissement inaccoutumé dans le développement de l'opacité du cristallin. Tout en tenant compte de la marche souvent irrégulière de cette affection, il est d'autant plus permis de se demander si ces faits ne doivent pas être attribués à la médication que, pour quelques-uns des malades, le traitement remonte déjà à une date éloignée (18 mois à 2 ans et demi), et que l'état des cataractes reste toujours stationnaire.

R. Blondel.

Esérine dans les affections de la cornée (*Med. Obosr.*, n° 5, 1902). — En se basant sur des considérations théoriques, Katz voit dans l'ésérine un médicament pouvant exercer une action favorable non seulement sur les processus suppuratifs de la cornée, action reconnue généralement, mais encore sur toutes les inflammations de cette membrane et entre autres dans les cas d'infiltrations marginales.

L'auteur, à l'appui de ces considérations, rapporte trois observations qui montrent que l'ésérine sous forme de pommade :

Esérine..... 0 gr. 03
Excipient..... 6 gr. 88

enraye rapidement et guérit des processus dans lesquels l'atropine employée soit avant l'ésérine, soit dans les intervalles du traitement, détermine une aggravation notable.

Dans deux cas, il s'agissait d'adultes, dans le troisième d'un enfant de trois ans, atteint de kératite scrofuleuse.

L'auteur estime qu'on ne doit employer l'atropine que dans les cas où l'affection cornéenne est compliquée d'iritis ou bien là où l'on peut craindre cette complication.

J. Roubleff.

Maladies des Voies urinaires

Dr Chevalier,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

Notes sur l'urétrotomie interne et sur un nouvel urétrotome, par Bazy. (*in Bull. Soc, chir.* 1902, p. 68. — L'urétrotome de Bazy a pour but de permettre de faire des incisions multiples sur tous les points que l'on veut et de ne sectionner que sur les points que l'on doit sectionner.

L'instrument comprend :

1° un *conducteur cannelé* vissé sur une bougie conductrice, comme le Maisonneuve, et terminé par une partie courbe non cannelée, à laquelle il est réuni par un pas de vis permettant à la partie cannelée des mouvements de rotation amenant la cannelure en haut, en bas, à droite, à gauche, pour laisser cheminer le couteau ou le mensurateur.

2° Un *mensurateur*, sorte de couteau mousse non coupant, à lame articulée permettant de mesurer la longueur du rétrécissement.

3° Un *couteau* ou *inciseur* qui est sur le même modèle, mais les lames ici sont coupantes : on les fait saillir seulement dans l'étendue et les points que le mensurateur a révélés.

E. Chevalier.

Les indications de la section du périnée dans le rétrécissement de l'urètre par G. Frank Lydson (*American Medicine*, 22 février 1902). — L'auteur déclare que c'est dans le rétrécissement d'origine traumatique qu'il importe essentiellement de faire la section du périnée. L'opération, faite de bonne heure, dans les rétrécissements de cette nature a été suivie de résultats qui, toujours sont excellents. D'une manière

générale, M. Fr Lydston pense qu'il est sage, dans chaque cas de rétrécissement traumatique, nettement diagnostiqué, rebelle au sondage et à la dilatation, de pratiquer l'opération complète par la section du périnée, et même de faire l'excision, des tissus adventices, si ces derniers sont très étendus.

La section du périnée convient encore aux cas de rétrécissement de petite étendue, et à ceux compliqués de fistules ou de cystite grave. Cette opération est la seule qui permette d'enlever la véritable cause d'obstruction et de faire le drainage de l'urètre profond infecté, de la prostate et de la vessie.

M. Fr. Lydston rappelle que, pour accomplir avec succès cette opération, il faut pratiquer la section du tissu fibreux, épaississant la gaine du canal de l'urètre, particulièrement à sa paroi inférieure et à sa paroi supérieure, et quand il est nécessaire, l'excision des anneaux et des modules de tissu fibroïde enveloppant l'urètre, tout en ayant soin, après l'opération, de ne pas conseiller trop tôt l'usage des sondes.

R. Blondel.

Traitement de l'urethrorrhagie dans la blennorrhagie, par J. F. Dobson (*The Lancet*, 31 mai 1902). — Les hémorrhagies par l'urèthre surviennent soit dans la période aiguë soit dans la période chronique de la blennorrhagie. Dans le premier cas, elle sont rarement profuses et n'appellent pas un traitement spécial. Dans le second, elles peuvent être profuses ou légères. Les hémorrhagies profuses surviennent après un exercice violent ou le coït, alors qu'il existe encore un écoulement uréthral. Dans la majorité des cas, le sang est fourni par une lésion granuleuse ou papillaire de la portion antérieure de l'urèthre. Des hémorrhagies répétées et légères peuvent être dues à des polypes, à des papillomes, des ulcérations de l'urèthre. Ces cas sont peut-être plus communs qu'on le suppose. Il faut toujours alors rechercher l'existence de l'uréthrite, pour ne pas soumettre à un examen inutile et stérile la vessie et les reins.

Dans la période aiguë de la blennorrhagie, l'hémorrhagie n'appelle pas de traitement spécial et on suivra les indications ordinaires. Dans la période chronique, si l'hémorrhagie est profuse, Erichsen applique de la glace ou introduit une sonde de gros numéro et exerce une compression au moyen d'un bandage passé sur le pénis et le périnée, ce qui doit être très incommode. Le repos au lit avec élévation de la verge, de la glace sur le périnée et une injection astringente faible, avec du sulfo-carbonate de zinc par exemple, peuvent donner un bon résultat. Dobson recommande surtout d'appliquer localement le remède en s'aidant de l'uréthroscope. On retire les caillots de l'urèthre que l'on distend ensuite par une insufflation d'air qui suffit un instant à arrêter l'hémorrhagie et on inspecte le canal. On porte alors un tampon imbibé d'une solution de perchlorure de fer directement sur le point hémorrhagique : on peut se servir aussi de teinture d'hamamelis, d'extrait surrénal, etc.

Ce traitement a pour effet d'accroître la purulence de l'écoulement : on fera alors une injection de protargol, ou même on touchera les points malades avec une solution de protargol à 10 ou 20 p. c. l'uréthroscope étant appliqué. Le traitement donne un résultat rapide, si l'affection n'est pas due à une uréthrite postérieure ou à une prostatite. Les polypes, les papilomes qui sont la cause d'écoulement et d'hémorrhagie, ne peuvent être traités avec succès qu'en se servant de l'uréthroscope.

E. Jumon

Traitement de l'arthrite blennorrhagique, par Bockhardt (*Monatsh. f. prakt. Dermatologie* n° 11. 1901). — L'auteur estime que si l'on a trop souvent constaté l'inefficacité du salicylate de soude dans le traitement de cette affection, la cause en est dans le mode d'administration. Il faut donner le salicylate de la façon suivante : 1er *jour*, 8 à 10 doses d'un gramme, 2e *jour* : 6 doses. En même temps, applications locales de pommades ichthyolées. 3e *et* 4e *jour*, pas de salicylate. 5e *et* 6e *jour* : 6 doses chaque jour. 7e, 8e *et* 9e *jour*, repos, 10e *et* 11 *jour* 4 à 6 grammes, par doses de 0 gr. 50 ; à partir de ce moment, on alterne 3 jours de repos et 2 jours d'administration de salicylate à 0 gr. 50 par dose jusqu'à guérison. Dès que l'arthralgie violente aura disparu, l'ichthyol sera remplacé par des enveloppements de Priessnitz ou des cataplasmes. Dès que le malade peut se mouvoir, on lui fait prendre des bains à 33°-35° C. Pour terminer le traitement, on soumet les parties gonflées à un massage prudent.

En suivant cette méthode, on arrive à guérir les hydarthroses simples en 1 à 3 semaines, les arthrites graves en 1 à 2 mois.

Le salicylate est absolument inefficace dans les arthrites blennorrhagiques anciennes, ainsi que dans les arthrites suppurées ou phlegmoneuses.

Il faut bien se garder d'appliquer des bandages : ils calment, ils est vrai, très rapidement les douleurs, mais provoquent des raideurs articulaires. Il semble que l'application de la vessie de glace présente le même inconvénient.

E. Vogt.

Cathéterisme de l'uretère et radiographie, par de Illyès (de Budapest) (*in Ann. Gen. Ur.*, 1902 p. 335). — A propos de cinq observations où le cathéterisme uréteral combiné à la radiographie: lui a fourni des indications précieuses l'auteur expose la technique suivante.

Purger les malades deux jours avant la radiographie, leur donner après une nourriture fournissant peu de matières stercorales, cathéteriser les uretères avec un mandrin en fil d'argent de 1 à 3 millimètres d'épaisseur introduit dans la sonde uréterale, en laissant 3 à 4 centimètres de celle-ci sans mandrin pour ne pas blesser l'uretère. On peut aussi prendre un mandrin de plomb ou mieux, remplir la sonde de sous-nitrate de bismuth.

On fait ensuite la radiographie.

E. Chevalier.

Kyste hydatique du rein (*Société de chirurgie*, 18 juin 1902). — Nous relatons plus loin des cas de kyste hydatique du rein droit qui avaient été confondus avec des kystes du foie. Voici une observation due à M. Gérard-Marchant où la la même erreur a été commise pour un kyste hydatique du rein gauche, pris pour un kyste de la rate. L'ablation fut facile par la laparotomie: le procédé adopté fût le capitonnage de la poche et de sa surface complète, suivie de la fixation du rein à la paroi postérieure de l'abdomen.

A. Benoit.

Dèchirure de la veine cave inférieure au cours d'une néphrectomie pour volumineuse et vieille pyonéphrose. Ligature. Guérison, par Houzel (*in Bull. Soc. Chir.*, 1902, p. 568). — C'est l'histoire d'une femme de 36 ans opérée le 30 mai 1900, par la néphrotomie lombaire, d'une pyonéphrose droite, et le 3 mai 1901 traitée par la néphrectomie secondaire au cours de laquelle se fit une blessure de la veine cave inférieure déchirée à la partie externe et à 2 travers de doigt au dessous des vaisseaux du hile du rein : au dessus et au dessous l'auteur fit une solide ligature. Guérison complète.

E. Chevalier.

Kyste hydatique du rein traité par l'extirpation avec néphrectomie partielle, (*Soc, de Ch.*, 11 juin 1902) .— MM. Terrier et Ricard communiquent chacun un cas différent concernant des *kystes hydatiques* du rein pris pour des kystes du foie, au dessous de la face inférieure duquel ils semblaient développés. L'opération est assez simple; après ouverture de la poche, on peut extirper la membrane hydatique et se contenter de badigeonner la paroi avec un antiseptique approprié, ou bien, comme le firent avec succès M. Bazy et M. Terrier, réséquer la portion du tissu rénal attenant à la poche, tout en conservant le reste de l'organe, quand il est sain. L'erreur de diagnostic est difficile à éviter, car la recherche des sels biliaires dans l'urine est un signe dont la valeur et incertaine.

A. Benoit.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. Blondel,

Chef du Laboratoire de la Maternité,
à l'hôpital de la Charité

Vapeurs saturées, dans le traitement des affections utérines, par M. I. Novikov (*Société d'Obstétr. et de Gynéc. de Saint-Pétersb.* Séance du 20 décembre 1901). — Ce mode de traitement a été proposé par le professeur Snieghiriov après une pratique hospitalière de longue durée. C'est surtout en Allemagne que ce procédé s'est rapidement répandu et où toute une série de travaux a paru à ce sujet. Telles sont les communications de Dührssen, de Flatau, de Schlutius, de Gerich, de Pitha, de Steinbüchel, etc. Pincus s'est même approprié ce procédé auquel il a donné le nom d'*atmokausis*. Parmi les auteurs d'autres pays qui ont eu recours à ce procédé, il faut citer Brokers, Staplers, Ioersen, Simpson, Horkoll et en Russie Fenomenov, Kone et Olénine, sans compter les travaux des élèves de Snieghiriov. Il existe aussi un travail expérimental à ce sujet, celui d'Abramovitsh, fait à l'Institut impérial de médecine expérimentale.

Dans ce mode de traitement, ce sont les vapeurs elles-mêmes qui agissent immédiatement et non pas l'eau sous pression; on utilise les vapeurs saturées et non pas surchauffées. Ces vapeurs transmettent leur chaleur latente aux tissus et au sang; les albuminoïdes du sang se coagulent, les tissus subissent la cuisson. Les vapeurs agissent d'autant plus rapidement et plus efficacement, que la pression et partant la densité est plus grande. L'élévation de la température des vapeurs avec les hautes pressions ne joue qu'un rôle peu important.

Pour lutter contre la force vive de l'écoulement du jet qui déchire les tissus et provoque des thrombi, il faut faire usage d'une canule spéciale de Snieghiriov, en forme de scie.

Dans les métrorrhagies, l'insuccès peut être dû à ce que la cavité utérine est remplie de sang qui se coagule immédiatement et empêche la cuisson des tissus des parois utérines, ou bien à ce que la réserve des vapeurs dans l'alambic

n'est pas suffisante. Il vaut mieux ne pas endormir la malade. On pratiquera d'abord la dilatation du col ; la malade gardera le repos au lit. Le vagin sera préservé des brûlures à l'aide d'un spéculum en bois ou par l'irrigation continue d'eau froide ; le col sera préservé par un tube en gutta-percha. La meilleure canule est celle qui ne présente pas d'orifice central et qui n'est munie que d'orifices latéraux.

Avant de commencer le traitement, il faut vider l'utérus de sang ou de débris placentaires si le cas se présente. Pour une cautérisation superficielle, la vapeur sous pression d'une atmosphère ou d'une atmosphère et demie suffit pendant une demi-minute. Pour la cautérisation profonde il faut une minute de durée ou une pression de deux atmosphères. S'il y a atrésie de la cavité utérine, la cautérisation doit durer deux minutes sous une pression de deux atmosphères.

Il ne faut pas buter avec la canule contre le fond ou les parois de l'utérus, car le sang coagulé et les tissus modifiés obstruent parfois les les orifices de la canule ; on la retire alors pour la nettoyer et on l'introduit de nouveau. Le drainage et le lavage de l'utérus sont superflus.

Le procédé de Snieghiriov ne présente aucun danger. Comme contre-indications il faut citer les paramétrites et les annexites suppurées, si la vie de la malade n'est pas en danger. Les indications en gynécologie sont :les endométrites, les avortements, les métrorrhagie, chez les hémophiles (surtout), dans le cancer, les fibromes de l'utérus, les métrorrhagies de la ménopause et les cas où l'on veut obtenir l'oblitération de la cavité utérine. Mais c'est surtout dans les métrorrhagies post partum, par suite d'inertie utérine, que le procédé trouve son indication.

R. Blondel.

Rétrodéviations utérines, par le Dr Julian Ruduiza, (*Thèse de Doctorat*, Madrid, juin 1901). — Les rétrodéviations sont toujours dues au manque de tonicité des ligaments soutenant l'utérus, qui est toujours plus lourd après l'accouchement. On les diagnostique facilement par le toucher vaginal et la palpation abdominale.

Quant au traitement, l'auteur présente les conclusions suivantes : 1° dans les rétrodéviations mobiles, facilement réductibles et en dehors de toute complication, on peut appliquer un pessaire sans autre opération.

2° Si la rétrodéviation est accompagnée de métrite, ce qui est très fréquent, on doit, avant de placer le pessaire, faire le curettage.

3° Si la rétrodéviation est accompagnée de périmétrite aiguë ou de salpingite également aiguë, on ne tentera pas la réduction, et moins encore l'application d'un pessaire sans avoir auparavant soigné ces inflammations.

4° Si la rétrodéviation s'accompagne d'une inflammation ou d'une déchirure du col, on ne fera pas la réduction et on ne placera pas le pessaire sans avoir fait auparavant les opérations appropriées et on attendra que les cicatrices opératoires soient suffisamment solides.

5° L'auteur considère comme efficaces les pessaires pour soutenir l'utérus quand il est une fois en place, mais ne croit pas qu'ils puissent distendre les adhérences par leur action continue et finir par les rompre.

6° Dans les cas où l'utérus est mal soutenu par le pessaire ou que ce dernier ne peut être toléré par la malade, s'il s'agit d'une déviation mobile avec annexes saines, l'opération d'Alexander devient très utile,

7° Dans les retrodéviations avec adhérences ayant résisté au massage et à la chloroformisation, il faut recourir à la laparotomie.

8° Le raccourcissement intrapéritonial des ligaments ronds est plus efficace et moins dangereux que les hystéropéxies.

9° Si on fixe l'utérus sans avoir détaché complètement les adhérences, l'opération reste sans effet.

F. Berini.

Le traitement médical de différentes affections gynécologiques, par M. Leduc (*The Post-Graduate*, 1902). — Le traitement médical doit toujours être le premier traitement à suivre, quand on soigne, chez la femme, une affection de sa zone génitale ; ce n'est que secondairement que l'on interviendra, lorsqu'il y aura nécessité.

La formule suivante, pour pansement intravaginal, est celle que l'auteur utilise le plus souvent :

Ihthyol.....	10	grammes.
Airol.....	10	—
Glycérine.....	25	—
Vaseline.....	80	—

Dans les cas où la douleur est trop vive, on pourra associer à cette médication de l'extrait de belladone ou d'opium. Deux fois par jour, la malade devra prendre des injections très chaudes, et devra être tamponnee avec des mèches recouvertes de la pommade ci-dessus.

M. Leduc a observé que, par ce traitement, les ulcérations du col guérissent rapidement ; et dans un grand nombre de cas de métrite, de périmétrite et de salpingite, les résultats ont été excellents. L'auteur a vu, après l'application de ces pansements renouvelés, des fibromyomes diminuer de volume, avec cessation de la douleur et des métrorrhagies. Même, dans plusieurs cas inopérables de cancer, cette mé-

thode a paru à M. Leduc la meilleure pour arrêter la douleur et les hémorragies. Enfin, quelquefois, dans certains cas de prolapsus, de notables améliorations sont survenues.

L'auteur recommande cette méthode de traitement, absolument inoffensive, et dit même qu'elle doit toujours être employée avant d'intervenir chirurgicalement.

R. Blondel.

Sur les déchirures anciennes du périnée, par M. J.-C. Carpenter (*Annals of Gynecology and Pediatry*, novembre 1902). — L'auteur, après avoir rappelé comment on reconnaît et comment on diagnostique une déchirure du périnée, fait remarquer qu'une déchirure périnéale récente peut persister d'une façon chronique quand elle n'a pas été réparée convenablement. Il signale, à ce sujet, les complications nombreuses qui peuvent survenir et classe ainsi ces dernières : 1° l'hémorragie et le shock par rupture de quelque vaisseau artériel des territoires vaginal, vestibulaire et rectal; 2° l'infection et la septicémie puerpérale; 3° l'anémie aiguë et le collapsus; 4° l'endométrite, la sub-involution et les déplacements utérins; 5° le prolapsus des ovaires et les affections annexielles; 6° la rétroversion et la rectocèle; 7° les hémorroïdes accompagnées d'éversion de la muqueuse anale, de fissures et d'ulcères du rectum et de l'anus; 8° enfin, les troubles généraux de neurasthénie et les neuralgies diverses dues à des réflexes sur le cerveau, la moelle, le cœur, les poumons et les reins.

M. Carpenter insiste sur le traitement et recommande la restauration du plancher périnéal par une coaptation parfaite des tissus déchirés. Le muscle sera uni au muscle de même nom, le tendon au tendon, le ligament au ligament, le fascia au fascia, la muqueuse à la muqueuse et la peau à la peau. Les points de suture seront enfoncés assez profondément et décriront un arc de cercle, qui, réuni à l'arc de cercle du côté opposé, formera un cercle complet. On aura grand soin d'arrêter toute hémorragie et d'apporter à la confection du nouveau plancher périnéal l'asepsie la plus rigoureuse. Enfin, il ne sera pas nécessaire de lier les fils de suture trop énergiquement, afin d'éviter des phénomènes de congestion ou une déchirure du côté des tissus. Suivant la nature et la forme de la déchirure, l'auteur conseille de faire les sutures à la soie, au catgut ou au fil d'argent. Il rapporte deux observations de déchirure périnéale qu'il répara avec succès. Dans le premier cas, il s'agissait d'une déchirure du plancher périnéal, s'étant étendue dans le septum recto-vaginal et ayant causé de l'incontinence des matières fécales. En même temps, on constatait une énorme hypertrophie du col et du corps de l'utérus. L'auteur fit une dilatation et un curetage de la cavité utérine, puis une trachélorrhaphie en V. Dans le second cas, M. Carpenter fit la réparation d'un plancher périnéal qui présentait une déchirure allant jusque dans la cloison recto-vaginale, sur une longueur de 6 centimètres.

R. Blondel.

Un nouveau traitement des vomissements incoercibles de la grossesse, par M. R. Condamin (de Lyon) (*Lyon médical* février 1902). — Le traitement que propose M. Condamin, après l'avoir employé nombre de fois pendant huit ans, repose sur cette notion pahogénique : à savoir que « l'intoxication plus ou moins générale de l'organisme chez certaines femmes enceintes est la cause des vomissements incoercibles ». Donc, il faut débarrasser cet organisme des toxines, par des injections sous-cutanées ou mieux intra-rectales, de sérum artificiel, qui constituent un véritable lavage du sang, en laissant l'estomac au repos le plus absolu pendant 8 à 12 jours.

L'auteur rapporte à ce sujet l'intéressante observation d'une jeune femme enceinte, qui, depuis trois semaines, n'ayant pu supporter aucun liquide, aucun médicament; était tombée dans un état de dépérissement très alarmant. A cause de cet état excessivement grave, M. Condamin n'osa provoquer l'avortement, et fit administrer chaque jour à cette malade trois ou quatre litres de sérum artificiel en lavements de 300 grammes, fréquemment répétés, absolument comme s'il se fut agi d'une malade exsangue qu'il fallait remonter, suivant l'expression admise, avant de l'opérer. Toute nourriture solide ou liquide par la voie buccale fut expressément interdite. Dès le lendemain, les urines étaient revenues plus abondantes, et la malade parut alors commencer à se rendre compte de ce qui se passait autour d'elle. Continuation des lavements de sérum parfaitement tolérés les jours suivants et au cinquième ou sixième jour, amélioration telle que l'intervention fut encore rejetée à une date plus éloignée. Enfin, au onzième jour, la malade put prendre un peu de nourriture qui fut très facilement tolérée ; l'appétit revint insensiblement, et elle rentra chez elle complètement guérie d'un état qui paraissait désespéré.

L'auteur, d'après cette observation, est d'avis de proposer la formule thérapeutique suivante pour les cas de vomissements incoercibles de la grossesse.

1° Repos absolu de l'estomac, suppression complète de tout aliment liquide ou solide pendont 8 à 10 jours ;

2° Injection quotidienne, par la voie rectale de préférence, de 3 ou 4 litres de sérum artificiel. S'il se produit de l'intolérance rectale, ajouter quelques gouttes de laudanum aux lavements ou avoir recours à la voie hypodermique.

3° Au bout de 10 à 12 jours, permettre à la malade quelques gorgées de liquide et revenir insensiblement à l'alimentation ordinaire, tout en continuant encore pendant quelque temps le lavage du sang.

R. Blondel.

Pharmacologie

D' E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Essai et dosage des granulés pharmaceutiques à base de glycérophosphate de chaux, par Moreau (*Bull. des Sc. pharmacologiques*, mai 1902). — Les granulés constituent une des formes pharmaceutiques les plus en vogue, à cause de la commodité de leur emploi ; mais la concurrence commerciale est telle, la fabrication à bon marché si tentante, qu'on est en droit de se demander si réellement ces produits contiennent de la substance active et quelle peut en être la dose.

L'auteur a examiné les granulés de glycérophosphate de chaux qui jouissent d'une vente courante et sur lesquels la falsification peut s'exercer. Le granulé de glycérophosphate de chaux se fait sous deux formes ; en petits grains arrondis dits granulé semoule, et en bâtonnets légers dits granulé vermicellé. Le premier est beaucoup plus lourd que le second sous un même volume.

Le dosage habituellement accepté est de 20 centigr. de glycérophosphate de chaux par cuillerée à café de granulé, mais celle-ci pèse davantage avec le granulé semoule qu'avec le granulé vermicellé ; donc le pourcentage doit être plus faible dans le premier cas que dans le second, puisque la substance active y est plus diluée.

L'auteur a reconnu que la plupart des fabricants de granulés négligent complètement dans leur dosage la forme du granulé et sa densité, et ne s'occupent que d'établir un pourcentage fixe d'environ 5 0 0, de telle sorte que la quantité de substance active contenue dans une cuillerée à café est très variable suivant les échantillons, et ne correspond pas à la dose habituellement prescrite par le médecin. La forme vermicellée est moins riche que la forme se moule.

On peut admettre qu'en moyenne la cuillerée à café pèse :

Pour le granulé semoule.... 5 gr. 20
Pour le granulé vermicellé.. 3 — 20

Elle doit contenir 20 centigr. de produit actif, ce qui correspond à un pourcentage en glycérophosphate de chaux

Pour le granulé semoule.... 3 — 85 0/0
Pour le granulé vermicellé.. 6 gr. 25 0/0

Ce sont là les doses qui devraient être employées.

E. Vogt.

De l'influence des solution de gélatine sur la coagulation du sang, par Steensma (*Nederlansch Tijdschrift von Genes kunde*, 24 mai 1902). — En 1896, MM. Dastre et Floresco publièrent un travail d'après lequel le sang d'un animal auquel on injecte une solution de gélatine dans les veines, se coagule plus rapidement que le sang normal. M. Steensma trouva insuffisantes les expériences sur lesquelles se sont basés les auteurs cités, quoiqu'elles aient été le point de départ d'applications thérapeutiques importantes. Tovolgyi trouve que les solutions de gélatine ne parviennent pas à produire chez les animaux, une coagulation intravasculaire. Czerny et Spiro arrivèrent à un résultat contraire à celui de MM. Dastre et Floresco ; pour eux la solution de gélatine rend le sang moins coagulable.

M. Steensma s'est servi pour ses expériences de la gélatine « alba » n° 1, qui lui fut fournie par la société « Pharmaceutische Handelovereeniging » à Amsterdam. Cette gélatine contient une grande quantité de sels de chaux et son acidité, ramenée à la solution acide normale, = 0.92. Par des dissolutions successives, l'auteur réduisit la proportion des cendres laissée à la calcination jusqu'au chiffre 0,09 0/0.

Il considère dans le phénomène de la coagulation un processus chimique, dans lequel interviennent diverses substances que l'on peut isoler, et un processus biologiques comprenant les phénomènes qui accompagnent la formation des substances coagulantes dans les éléments cellulaires du sang et leur sortie de ces éléments,

Au point de vue chimique, il rappelle que la la coagulation du sang semble due à l'action d'un ferment sur une substance fibrinogène. D'après Pekelharing, ce ferment serait le sel de calcium d'une nucléo-albumine. Or la solution de gélatine, lorsqu'on l'additionne soit à une solution de fibrinogène seul, ne donne pas un liquide spontanément coagulable, même si l'on y ajoute des sels de calcium ; comme pré-

cédemment, il suffit de réunir la solution de ferment et celle de fibrinogène pour que la coagulation ait lieu aussitôt.

Il semble donc que les substances qui jouent un grand rôle dans la coagulation du sang ne sont guère modifiées dans leur action par l'addition de la gélatine. Si l'on fait agir ce corps sur du sérum obtenu en recueillant le sang dans une soolution d'oxalate de potassium et en en faisant disparaître les éléments figurés, son action reste également nulle.

La gélatine du commerce, au contraire, agit sur le sérum oxalaté, et ce avec d'autant plus de rapidité qu'elle contient une plus forte proportion de sels de calcium, qui semblent seuls jouer un rôle actif.

L'auteur s'est posé ensuite la question de savoir si la gélatine, quoique inactive à l'égard des substances qui interviennent dans le phénomène de la coagulation, n'agissait pas sur leur production dans l'intérieur des éléments figurés ou sur leur libération après destruction de ceux-ci.

Si l'on prélève du sang artériel et qu'on le fait parvenir directement de l'artère dans la solution gélatinée, la coagulation est ralentie; s'il s'agit de gélatine de commerce, elle peut être ralentie ou accélérée suivant les cas. Il semble que les éléments figurés n'abandonnent pas ces substances chimiques qu'ils portent avec autant de rapidité que normalement lorsqu'ils sont en contact avec la gélatine.

Enfin, M. Steensma a étudié les phénomènes de la coagulation du sang chez des animaux auxquels il injectait une solution de gélatine dans la veine jugulaire. Il prit successivement avant l'injection, immédiatement après, un quart d'heure et une heure plus tard, deux échantillons de sang; il remarqua que l'échantillon de sang recueilli le premier se coagule toujours beaucoup plus rapidement que le second, probablement parce qu'il se compose en grande partie du sang qui était contenu dans l'artère soumise à la pression de la pince, et dans laquelle la circulation était arrêtée. Les expériences furent faites au moyen d'injection de solution physiologique, de gélatine pure, de gélatine pure neutralisée, de gélatine de commerce et de gélatine de commerce neutralisée. Elles établissent que la solution de gélatine neutralisée ralentit la coagulation; la gélatine neutralisée la ralentit également mais un peu moins. La gélatine du commerce ralentit moins fortement la coagulation, probablement parce que l'action des sels de calcium intervient.

L'auteur n'a pas de résultats concordants relatifs à l'antagonisme entre la peptone et la gélatine à ce point de vue.

R. Wybauw.

La vraie méthode d'administration de la quinine par les injections, par M. J. P Maxwell (*The Journal Tropical Med.* 1er février 1902). — Les abcès et inflammations cellulaires qui surviennent à la suite de pipûres ou d'injections hypodermiques de quinine sont presque toujours le résultat des solutions employées, trop concentrées. M. Maxwell a observé ce fait et note, pour l'administration convenable de la quinine par les injections, les points suivants;

1° — L'injection doit toujours être intra-musculaire et jamais sous-cutanée.

2° — De préférence, cette injection sera faite dans les régions fessière, scapulaire ou deltoïde.

3° — Le sel de quinine employé sera l'hydochlorate de quinine, à la dose de 0 gr, 40 dilués dans une solution de 250 cc. d'eau distillée. Cette solution devra être bouillie jusqu'à son point d'ébullition, et ensuite, refroidie.

4° Après l'injection, qui est toujours douloureuse, on recouvrira d'un pansement iodé, imbibé d'une solution analogue à celle de Lugol, le point de l'injection et toute la zone enveloppant ce point.

En suivant cette méthode l'auteur n'a jamais eu le moindre accident, et ni moindre complication. Cependant dans certains cas où le malade présente certaines variétés d'ulcérations récentes, de nature septique, M. Maxwell ne conseille pas les injections hypodermiques de quinine, n'ayant nullement confiance dans l'efficacité de ces dernières.

R. Blondel.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

Méningites aiguës

I

MÉNINGITES TUBERCULEUSES

Dans la méningite tuberculeuse confirmée par l'ensemble des symptômes, par les résultats que fournit la ponction lombaire, le traitement est et ne peut être que symptomatique.

Bien qu'impuissant dans l'immense majorité des cas, il n'est cependant pas inutile et peut mettre le malade dans des conditions favorables de la régression des lésions. Quelques exemples récents paraissent démontrer que des méningites tuberculeuses sont susceptibles de s'arrêter dans leur évolution, comme les tuberculoses des autres séreuses. Il est vrai que les malades succombent plus tard aux suites d'une nouvelle poussée tuberculeuse.

Quoi qu'il en soit il est indiqué de mettre le malade, dès les premières prodromes, au *repos absolu au lit ;* d'écarter de lui toutes les causes susceptibles de mettre en jeu l'hyperexcitabilité nerveuse : émotions, conversations, etc. Il faut encore lui éviter les médications non seulement inutiles, mais irritantes que l'on employait autrefois : vésicatoires à la nuque, frictions à l'huile de croton, émissions sanguines locales, etc.

L'alimentation sera presque exclusivement liquide, le lait, diurétique par excellence, en constituera la base. La médication hydrargyrique et iodurée n'est indiquée que si un doute subsiste relativement à la cause des accidents méningés, si ce doute n'a pu être levé par la ponction lombaire.

En cas de doute, entre des accidents méningés de nature syphilitique et la méningite tuberculeuse, prescrire le *calomel*, soit à doses moyennes 10 gr. 20, — 0 gr. 40 en deux ou trois fois, dans les 24 heures, soit à doses réfractées 0 gr. 01 — 0 gr. 02, toutes les heures, et *l'iodure de potassium* à doses variables suivant l'âge.

La médication symptomatique s'adresse surtout aux troubles nerveux :

Contre la céphalée, les phénomènes d'excitation cérébrale, avoir recours à l'application de *compresses imbibées d'eau glacée* ou d'une *vessie de glace* sur *la tête* ; prescrire, en lavement, de préférence le *bromure de potassium, l'antipyrine* le *chloral*.

Chez l'enfant, on pourra prescrire :

Bromure de potassium.	2 grammes
Teinture de valériane..	XX gouttes
Sirop d'écorces d'oranges.....	40 grammes
Julep gommeux.....	60 —

Une cuillerée a dessert d'heure en heure (5 à 8 par jour).

et

Hydrate de chloral....	0 gr. 50
Eau bouillie tiède.....	50 grammes
Jaune d'œuf.....	N° 1

(Pour un enfant de 2 à 3 ans).

Les *bains chauds à 38°*, si efficaces dans la méningite cérébro-spinale, ne seront employés ici que rarement, et surtout pour atténuer les contractures douloureuses. Quant à la *ponction lombaire*, elle n'est indiquée que si les symptômes de compression cérébrale semblent dominants.

Les vomissements seront combattus par la *glâce* à l'intérieur, la *potion de Rivière*, etc; la constipation uniquemement par les *lavements*.

II

MÉNINGITES SUPPURÉES SECONDAIRES.

Ici le traitement doit viser avant tout la cause qui, dans l'immense majorité des cas, est une otite suppurée, avec ou sans propagation à l'apophyse mastoïde. Le traitement sera donc avant tout du ressort chirurgical.

III

MÉNINGITES CÉRÉBRO-SPINALES

Le traitement consiste essentiellement dans l'emploi des *bains chauds* à 38°, suivant la méthode d'Aufrecht, médication qui, sans avoir la valeur d'une médication spécifique, n'en a pas moins souvent une influence incontestable sur l'issue favorable.

On doit prescrire des bains d'une durée de 15 à 25 minutes et les renouveler, dans les cas graves, toutes les trois ou quatre heures, la nuit comme le jour. Dans les cas graves, on donne, en général, trois ou quatre bains par jour. Il importe, pour éviter la douleur provoquée par les mouvements, de transporter le malade sur un drap de lit tenu par deux personnes et de le plonger dans le bain avec le drap, en évitant de toucher la tête.

Après le bain, le malade sera étendu sur un drap sec doublé d'une couverture de laine; on ramènera sur lui drap et couverture et on le laissera enveloppé pendant une heure.

Les bains ne seront pas interrompus pendant la convalescence, mais seulement espacés.

La *ponction lombaire* exerce également une influence nettement favorable, dans un certain nombre de cas ; elle remédie aux conséquences de la compression cérébrale (céphalalgie, coma, hypothermie) et peut-être aussi désintoxiquer par la soustraction d'un certain nombre d'agents pathogènes.

Pratiquer la ponction au niveau d'une ligne transversale réunissant les deux crêtes iliaques ligne passant au niveau de l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre lombaire, le malade étant assis et faisant le gros dos, ou, s'il ne peut s'asseoir, dans le décubitus latéral, les jambes repliées « en chien de fusil ». Après les précautions antiseptiques d'usage (nettoyage de la peau, à l'alcool, au sublimé, stérilisation de l'aiguille) on enfonce l'aiguille, fine et résistante, longue de 8 à 10 cent., à 1 cent. de la ligne médiane. Lorsqu'on a traversé la peau et l'aponévrose, on l'incline de façon à la diriger en dedans et un peu en haut et on l'enfonce doucement entre les lésions vertébrales, à travers le ligament jaune qui n'oppose guère de résistance.

L'aiguille doit être enfoncée à une profondeur moyenne de 2 à 3 cent. chez l'enfant, de 4 à 6 cent. chez l'adulte.

Il faut avoir soin d'interrompre de temps en temps l'écoulement du liquide, si celui-ci s'écoule trop rapidement, et ne jamais pratiquer l'aspiration. M. Nellis a pu retirer jusqu'à 70 cc. de liquide céphalo-rachidien, sans accident.

Quant au nombre des ponctions, celles-ci doivent être répétées jusqu'à ce que le liquide vienne clair et s'écoule.

Les *injections de sérum artificiel*, à doses modérées (100 à 150 gr. par jour chez l'adulte) contribuent à désintoxiquer le malade mais ne sont pas recommandables, s'il y a prédominence d'excitation ou de délai.

Les moyens médicamenteux : *bromures, chloral*, etc., ne sont que des adjuvants, rendus le plus souvent inutiles par la balnéation.

IV

MÉNINGITES SÉREUSES

Le traitement est le même que pour les méningites cérébro-spinales. Dans les méningites séreuses toxi-infantile d'origine digestive chez l'enfant, la *diète hydrique*, les *lavages de l'intestin*, etc., contribuent puissamment à arrêter le cours des accidents méningés.

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

L'inoculation de la tuberculose bovine à l'homme. — Passant de la discussion scientifique aux actes, M. le Dr Garnault, détracteur acharné du Professeur Koch, a tenté sur lui-même l'inoculation de la tuberculose bovine. On pourra discuter les conséquences du résultat positif ou négatif qu'il obtiendra, on pourra mettre en doute l'utilité pratique de cette tentative que Koch avait lui même refusée (et avec raison) d'opérer sur M. Garnault, qui s'offrait volontiers à lui servir de sujet d'expérience ; néanmoins, l'acte courageux du médecin français aidera sans doute à résoudre le problème et nous ne saurions mieux faire que de répéter avec le distingué rédacteur scientifique du *Temps* : « Bien mieux que les belles théories lancées en l'air, et pour le public, les phrases ronflantes, les enthousiasmes prématurés, les hypothèses émises *ex catedra*, les affirmations ou les dénégations qui sont à la portée de tous, les évènements se chargeront de nous renseigner sûrement et à courte échéance. »

(*Progrès médical*)

La désignation du Professeur d'anatomie par la Faculté de Médecine de Paris. — La désignation du successeur de M. le Pr Farabeuf à la Faculté de médecine de Paris a donné lieu à des incidents qui ont été diversement appréciés dans le monde médical.

M. le Dr Tillaux, professeur de clinique chirurgicale, a été désigné par le Conseil. Ce choix devait être soumis à l'acceptation du Conseil de l'Université, puis du Ministre de l'Instruction publique.

La section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique, consultée par le ministre, a, dans sa séance de vendredi, refusé — par 11 voix contre 1, sur 12 membres présents — d'approuver cette permutation. Dans ces condi-

tions, le ministre va sous peu déclarer la vacance de la chaire d'anatomie, et devra dans un délai de vingt jours à partir de cette déclaration, procéder à la nomination du nouveau titulaire.

Rappelons que la section permanente du conseil de l'instruction publique comprend : MM. Liard, Rabier, Bayet, Gréard, Croiset, Lavisse, Darboux, Glasson, Esmein, Perrot, Darlie, Mangin, Mme Dejean de la Batie et les docteurs Bouchard et Brouardel.

Association de la Presse Médicale française, *Réunion statutaire du vendredi 2 mai* 1902. — Le vendredi 2 mai 1902, a eu lieu, à Enghien la réunion statutaire de l'*Association de la Presse médicale française,* sous la présidence de M. de Ranse, syndic honoraire. — Vingt-trois membres y assistaient.

Election. — M. le Dr Derecq, rédacteur en chef de la *Tuberculose infantille,* a été admis comme membre de l'Association.

Conférence de Monaco. — Au nom des délégués nommés par l'Association pour la représenter à la *Conférence internationale de la Presse Médicale* à Monaco, M. le Dr Valude a relaté les décisions prises à cette réunion. — Un compte rendu de la conférence sera publié prochainement par le bureau de l'Association internationale.

Congrès international des Sciences médicales de Madrid. — L'Association charge MM. R. Blondel, Doléris, et Marcel Baudouin de la représenter au comité français de propagande, organisé sous la présidence de M. le Pr Brouardel.

Tarif du transport des journaux. — Une Commission, composée de MM. Archambaud, Vidal, Blondel et M. Baudouin, est nommée pour étudier la question du tarif international du transport des journaux.

Ligue des médecins et des familles. — M. Doléris recommande cette ligue nouvelle aux médecins journalistes d'une façon toute particulière.

BIBLIOGRAPHIE

Le Végétarisme, par le Dr Contet, Librairie J.-Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris, (1 vol. in-16 de 160 pages : 2 fr.) Voici les conclusions de cette intéressante étude.

Un régime alimentaire composé de substances empruntées exclusivement au règne végétal est parfaitement capable d'entretenir chez l'homme les phénomènes vitaux ; une nourriture composée exclusivement de matières herbacées devant seule être écartée de cette conclusion.

Un tel régime ne présente pas d'inconvénients sérieux relativement au bon fonctionnement des organes de l'homme sain ; toutefois les substances qui le composent doivent être choisies et apprêtées dans des conditions bien déterminées, sous peine d'apporter des pertubations dans l'économie.

Les formules végétariennes qui repoussent simplement l'emploi de la viande en permettant usage du lait et des œufs, sont particulièrement susceptibles de fournir une alimentation suffisante.

Un tel régime ne présente aucune supériorité sur un régime mixte convenablement choisi et employé avec mesure.

Son emploi peut être avantageux dans le traitement de certains états morbides ; en particulier dans tous les cas où il y a lieu de modérer la formation de toxines dans l'économie.

Cet emploi est communément admis dans le mal de Bright, l'artério-sclérose et la constipation habituelle ; accessoirement son rôle pourrait être avantageusement utilisé dans de nombreux cas chimiques ; lorsque l'indication thérapeutique se présente de combattre l'état de pléthore abdominale et générale.

Il est contre-indiqué par l'état de dépression générale et par le mauvais état des fonctions digestives, en particulier par l'inertie et le relâchement intense de la musculature intestinale.

Nlle Imprimerie, E. Lesnier dir., 35-37, rue St-Lazare, Paris — *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Voyage de 1902, Stations des Vosges et de l'Est : *Vittel — Contréxéville — Martigny = Bourbonne-les-Bains — Luxeuil Plombières — Géradmer — La Schlucht — Bussang — Le Ballon d'Alsace Salins — Besançon-Mouillière, du 8 au 16 septembre 1902* : **Comité de Patronage.** — *Président* : M. Brouardel, doyen honoraire de la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine. — *Vice-Président* : M. Landouzy, professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris; membre de l'Académie de Médecine, médecin de l'hôpital Laënnec. — *Membres du Comité* : MM. Cornil, professeur d'Anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, sénateur de l'Allier; Durand-Fardel (Ray), secrétaire général de la Société d'Hydrologie; Fournier, professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis; Gilbert, professeur de Thérapeutique de la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital Broussais; Lannelongue, membre de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine, professeur de pathologie externe à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades; Monod, conseiller d'Etat, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'Intérieur, membre de l'Académie de Médecine; Proust, professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris, inspecteur général des services sanitaires, membre de l'Académie de Médecine, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu.

Organisateurs des V. E. M. : Dr Carron de la Carrière, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de Clinique adjoint de la Faculté de Médecine de Paris.

Le Voyage d'Etudes Médicales de 1902 — comme celui de 1899 aux stations du Centre et de l'Auvergne, celui de 1900 aux stations du Sud-Ouest et celui de 1901 aux stations du Dauphiné et de la Savoie — est placé sous la direction scientifique du docteur Landouzy, professeur de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, qui fera sur place des Conférences sua la Médication hydro-minérale, ses indications et ses applications.

Sont seuls admis à ce voyage : les médecins français et étrangers et les étudiants en médecine; les femmes des médecins accompagnant leur mari.

Programme. — Dans la journée du *dimanche 7 septembre*, concentration, à Vittel de tous les adhérents à ce voyage : *Lundi 8 septembre 1902.* — A 8 heures, visite de Vittel. — A midi, départ en voitures pour Mandres. — Arrivée à Contréxéville vers 3 heures. — Visite de Contréxéville. Dîner et coucher, hôtel de l'Etablissement.

Mardi 9. — Départ en chemin de fer à 8 h. 42 pour Martigny. — Arrivée à 8 h. 54. — Visite. — Déjeuner. — A 2 heures, départ en voitures pour Bourbonne. — Arrivée vers 4 h. 1/2. — Dîner. — Coucher, hôtel de l'Etablissement.

Mercredi 10. — Visite de Bourbonne. — Déjeuner. — Départ en chemin de fer à 1 heure pour Luxeuil. — Arrivée vers 4 heures. — Visite de la ville. — Dîner. — Coucher. Grands hôtels de l'Etablissement.

Jeudi 11. — A 8 heures, visite de l'Etablissement. — A 10 h. 30, départ en chemin de fer pour Plombières. — Arrivée à 11 h. 30. — Déjeuner. — Visite de l'Etablissement. — Coucher, aux Grands Hôtels.

Vendredi 12. — A 7 h. 3o du matin, départ en voitures pour Remiremont par les Feuillées, la Vallée des Roches. — Arrivée à 11 h. 30. — Déjeuner. — A 2 heures, départ en tramway pour Géradmer. — Arrivée à la pointe du Lac vers 3 h. 1/4. — A pied par la rive droite du Lac jusqu'à Géradmer ou continuation facultative par le tramway. — Visite. — Dîner. — Coucher, hôtel de la Poste.

Samedi 13. — A 8 heures, départ en voitures pour La Schlucht. — Arrivée à 10 h. 1/2. — A midi déjeuner. — A 1 heure, départ en voitures pour Cornimont. — Arrivée vers 3 h. 1/2. — Départ en chemin de fer pour Bussang. — Arrivée vers 6 h. 1/4. — Visite. — Dîner. — Coucher, hôtel de l'Etablissement.

Dimanche 14. — A 7 heures, départ en voitures pour le Ballon d'Alsace. — Arrivée vers 11 heures. — A midi, déjeuner. — A 1 heure, départ en voitures pour Giromagny. — Arrivée vers 3 heures, en chemin de fer pour Besançon par Belfort. — Arrivée à Besançon, vers 6 heures. — Dîner. — Coucher, hôtel de l'Etablissement.

Lundi 15. — Départ en chemin de fer à 7 heures 1/2 pour Salins. — Arrivée vers 9 h. 1/2. Visite. — Déjeuner. — Excursion. — A 5 h. 1/4, départ pour Besançon, arrivée vers 6 h. 30. Dîner. — Coucher

Mardi 16. — Visite de l'Etablissement de la Moullère. — Déjeuner. — Dislocation.

Conditions du voyage : I. — Vittel est la première Station prise comme point de concentration de tous les voyageurs. Chacun s'y rendra isolément ;

Pour arriver à la gare de Vittel (Compagnie de l'Est), les Compagnies de Chemins de fer accordent une réduction de moitié prix à tous les médecins et étudiants en médecine, quel que soit le

le point de la France d'où ils partent. Pour recevoir, en temps voulu, ce billet de faveur, il est nécessaire d'indiquer très exactement, en s'inscrivant, la gare de départ, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français. Semblable réduction est accordée aux femmes de médecin par toutes les Compagnies de Chemins de fer, à l'exception de la Compagnie du Midi.

Chaque voyageur peut arriver à Vittel, à son gré, dans la journée du 7 septembre. — Nous assurons le dîner et le coucher, à la condition qu'il nous prévienne 10 jours d'avance.

II. — De Vittel à Besançon, les voyageurs visiteront en groupe les stations suivantes : *Vittel — Mandres (Colonie scolaire) — Contrexéville — Martigny — Bourbonne-les-Bains — Luxeuil — Plombières — Gérardmer — La Schlucht — Bussang — Le Ballon d'Alsace — Salins — Besançon.*

Prix à forfait : 200 francs par personne, payable en s'inscrivant Ce prix comprend tous les frais du voyage, depuis le moment de l'arrivée à Vittel (dans la journée du dimanche 7 septembre au gré de chacun), jusqu'au moment où les voyageurs se sépareront à Besançon (le mardi 16 septembre dans la soirée ou le mercredi matin 17 septembre au gré de chacun) : trajets en chemin de fer, voiture, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

III. — Le mardi 16 septembre, le dernier repas pris en commun sera le déjeuner à Besançon, à 11 heures environ. — Après le déjeuner, les voyageurs pourront, à leur gré, soit prendre à Besançon les trains pour leur résidence, soit rester à Besançon où nous assurons leur dîner, leur coucher et leur petit déjeuner le lendemain matin.

Pour retourner de Besançon (Compagnie P.-L.-M.) à son lieu, de résidence, qui a été son point de départ, chaque médecin ou étudiant en médecine bénéficiera, comme à l'aller, en venant à Vittel, de la réduction de moitié prix sur les chemins de fer. Toutes les Compagnies de chemins de fer — à l'exception de la Compagnie du Midi — accordent la même réduction aux femmes des médecins.

Pour s'inscrire, envoyer :

I. Son adhésion au docteur Carron de la Carrière, 2 rue Lincoln, Paris (8e) : 1° Son nom et son adresse lisiblement écrits ; 2° l'indication de la gare d'où l'on partira, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français ; 3° le jour de l'arrivée à Vittel.

II. Sa souscription, 200 francs, à M. le directeur du Crédit Lyonnais, Agence B., Compte V. E. M., Place de la Bourse, Paris.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 25 août 1902, terme de rigueur.

FELIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

MANUEL D'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Par **V. CORNIL**
Professeur à la Faculté de médecine, Membre de l'Académie de médecine, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

L. RANVIER
Professeur au Collège de France, Membre de l'Institut Membre de l'Académie de médecine

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

A. BRAULT
Médecin de l'hôpital Lariboisière, Chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine.

M. LETULLE
Professeur agrégé à la Faculté de médecine, Médecin de l'hôpital Boucicaut.

TOME PREMIER

L. Ranvier. Généralités sur l'histologie normale. Cellules et tissus normaux. — V. Cornil. Généralités sur l'histologie pathologique. Altération des cellules et des tissus. Des inflammations. — A. Brault. Des tumeurs. — F. Besançon. Notions élémentaires sur les bactéries. — Maurice Cazin. Lésions des os. Lésions du tissu cartilagineux. Anatomie pathologique des articulations. — V. Cornil. Des altérations du tissu conjonctif. Lésions des membranes séreuses.

1 vol. in-8 avec 369 gravures, en noir et en couleurs, dans le texte..... **25 fr.**

TOME DEUXIÈME

G. Durante. Anatomie pathologique des muscles. — J. Jolly. Histologie pathologique du sang. — H. Dominici. Le sang et la moelle osseuse. — A. Gombault et C. Philippe. Histologie pathologique du système nerveux.

1 vol. in-8, avec 202 gravures, en noir et en couleurs, dans le texte..... **25 fr.**

L'ouvrage complet comprendra 4 volumes

LA PROFESSION MÉDICALE, ses devoirs, ses droits, par **G. MORACHE**, Professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bordeaux, Membre correspondant de l'Académie de médecine. 1 vol. in-12, cartonné à l'anglaise..... **4 fr.**

Traité Médico-Chirurgical de Gynécologie

par les Drs **LABADIE-LAGRAVE** et **LEGUEU**

Volume grand in-8°, avec 323 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise, 2e édition..... **25 fr.**

Ouvrage couronné par l'Académie des Sciences et l'Académie de Médecine

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de la maladie d'Addison par les injections de suc de capsules surrénales.

par le Dr Hirtz.

Pendant longtemps, on a cru que la thérapeutique se trouvait désarmée contre la maladie d'Addison. Cependant l'utilité du traitement antituberculeux est incontestable. La suralimentation par le lait, les viandes blanches, le beurre, la viande crue, les œufs, la lécithine est très favorable. Comme *médicaments*, le cacodylate, les inhalations d'oxygène agissent contre les troubles gastriques et les vomissements.

Les bains sulfureux (Peter), les frictions, le massage semblent améliorer mais ne guérissent pas; l'électrothérapie a été vantée par Semmola et Jaccoud ; le bain statique avec étincelles, les injections sous-cutanées de glycérophosphate (Robin) ont donné de bons résultats.

Avant de faire connaître l'action spéciale de l'extrait de glande surrénale sur la maladie d'Addison, il est bon que l'on sache les propriétés de cet extrait, envisagées au point de vue thérapeutique général. Un travail très consciencieux du Dr Batès, de New-York, me permettra de donner sur ce sujet quelques notions intéressantes.

Valeur thérapeutique de l'extrait de glande surrénale (d'après le Dr Batès, de New-York). — Le Dr Batès qui, depuis 1894, a étudié dans un grand nombre de cas l'action de l'extrait de capsule surrénale est arrivé à cette conclusion que : comme *astringent* dans toutes les inflammations, comme *hémostatique* et comme *tonique de la fibre musculaire*, *aucun médicament ne lui est comparable*. Les propriétés astringentes ont été utilisées en instillation dans les affections de l'œil et des paupières.

Dans le *catarrhe sec de l'oreille*, l'extrait glandulaire diminue la congestion et dans 25 cas le Dr Batès en a obtenu d'excellents résultats.

Des cas de bourdonnement ont *également été améliorés* par l'extrait surrénal.

Le Dr Douglas Stanley a trouvé que dans un cas d'*anémie pernicieuse*, l'extrait surrénal avait amené une augmentation marquée des *globules rouges*.

Les propriétés décongestives et *toni musculaires* de l'extrait surrénal ont été également utilisées dans les affections du cœur. L'extrait glandulaire s'est révélé comme un *véritable tonique cardiaque*. La *tension* a été augmentée d'une façon marquée par des injections intraveineuses. L'administration par voie sous-cutanée est moins forte; par la voie buccale, elle est incertaine; dans cinq cas que rapporte le Dr Batès, l'*extrait surrénal se montra plus actif que la digitale* et l'ergot. Enfin l'extrait surrénal a encore été employé avec efficacité, par le Dr G.-W. Crarg *dans le goître exophtalmique*. Il améliore l'action du cœur, est un tonique pour le *système muscutaire tout entier*. La tumeur a presque complètement disparu ; le tremblement est à peine marqué et le malade augmente de poids.

Pour le Dr Batès, le meilleur mode d'administration du médicament est de placer quelques gouttes d'extrait aqueux sur la langue.

Avant Batès, l'opothérapie surrénale avait suscité de *nombreux travaux* : les thèses de Langlois, Dupayme, Hemet, le mémoire de Gilbert et Carnot, la revue de Guibal (*Gazette des hôpitaux*). Dès 1856, Brown-Sequard pratique l'ablation totale des capsules, la mort s'en suit rapidement. Les physiologistes admettent une *sécrétion interne* de la glande surrénale de nature indéterminée. Sa suppression entraîne la mort.

De là l'idée de restituer à l'organisme le produit *antitoxique* qu'il a perdu et de s'opposer à l'évolution de la maladie d'Addison.

On peut considérer au point de vue des résultats :

1° Les *cas nocifs* ;

2° Les *cas sans résultat appréciable* ;

3° Les *cas avec résultat partiel* ;

4° Les *cas de guérison*.

Cas nocifs. — Aggravation. Foa et Pelleciani, mort rapide. Petrio, aggravation de l'état général.

Cas de Colosanti et Bellati — Injections sous-cutanées d'extrait azoté; doses progressives; mort brusque au bout de vingt jours de traitement; mais malade très avancé.

Rendu. Addisonien amélioré par traitement général. *Opothérapie*, deux jours après, albuminurie ; mort en 10 jours, subitement.

Cas sans résultat appréciable. — Cas d'Abelous, Langlois, Charrin, Chauffard; observation négative de Grainger-Steward (1894); cas douteux de Daru, de Murrel, Gailhard, 1897.

Cas avec résultat partiel. — Thèse de Mahé, 1894. — *Asthénie* améliorée en deux mois ; *id*. Maragliano.

Faisans : disparition de mélanodermie seule.

Asthénie surtout améliorée, liée à l'insuffisance capsulaire, Dieulafoy; Osler et Dupaigne, amélioration passagère; Schilling, amélioration, guérison apparente, mort de pneumonie.

1898. Widal-Hayem : disparition de l'asthénie, mort après.

Cas favorable. — Le 29 février 1898, Béclère présente un jeune homme de 28 ans, bacillaire. Syndrome Addisonien complet, aggravation progressive ; tous les accidents se sont rapidement améliorés, même la mélanodermie; a recouvré la force et la santé; la guérison s'est maintenue depuis trois ans.

Opothérapie surrénale sous tous ses modes; ingestion de capsules fraiches, injections sous-cutanées d'extraits hydro-glycérinés de glandes surrénales de veau.

Il s'est écoulé *deux mois* entre le début du traitement et les premiers signes d'amélioration. Le traitement a duré cinq mois, puis guérison maintenue.

Préparation de capsules surrénales de jeunes veaux. Injections bien aseptiques.

Formule de d'Arsonval :

Capsules surrénales	10 gr.
Glycérine à 30°	10 »

Les capsules sont divisées en fragments et mises à macérer 24 heures dans la glycérine.

On ajoute 5 grammes d'eau bouillie et salée (25 grammes de sel par litre). Stérilisation par l'acide carbonique sous pression, après filtration sur papier.

On injecte chaque jour 1 à 2 cc. du mélange dilué de parties égales d'eau bouillie.

Capsules de glandes surrénales desséchées de 10 centigrammes par capsule : 2 à 4 par jour.

Pulpe fraîche.

En résumé, il existe donc un cas avéré de guérison prolongée.

Voici mes deux observations :

HÔPITAL LAENNEC, SALLE CRUVEILHIER,

Maladie d'Addison

Observation I. — J. L..., n° 27.

Antécédents héréditaires. — Le père est un nerveux. La mère névropathe et mystique est morte à 46 ans de *purpura hémorragique.*

Le malade a une sœur sujette aux crises nerveuses.

Antécédents morbides. — Varicelle dans la jeunesse.

A 17 ans une syncope nocturne avec malaise consécutif, que l'on a attribuée à un empoisonnement de nature indéterminée.

Aucune autre maladie jusqu'à il y a *six ans.* où se produit une gastro-entérite. Le malade reste au régime lacté un mois et demi. Par la suite, il reste toujours *sujet à la diarrhée*. Les digestions sont pénibles.

Le 11 octobre 1900, il est soigné à Lariboisière pour *une pleurésie ;* il reste 46 jours en traitement, sort 8 jours, rentre de nouveau pour une rechute et est envoyé le 23 février 1901 en convalescence à Angicourt. A la suite de sa pleurésie est survenue de l'*arthrite de l'articulation scapulo-humérale* gauche qui présente aujourd'hui un certain degré d'ankylose. Pendant son séjour à Angicourt, les troubles gastriques reparaissent plus intenses et nécessitent de nouveau le régime lacté.

Lafon quitte Angicourt le 7 juin 1901, ayant plutôt engraissé. Cependant, *quelques jours après sa sortie*, un médecin remarque qu'il a le *facies bronzé* et fait le diagnostic de *maladie d'Addison.*

Par la suite, le malade vit d'expédients et se trouve bientôt dans une misère noire. Il commence alors *à tousser* et *s'amaigrit rapidement.*

C'est surtout à cette époque qu'il reprend ses habitudes de *buveur* et il s'adonne assez fortement à la boisson.

Il y a trois ou quatre mois, le malade remarque de la dyspnée d'effort, qui apparaît à la suite d'une marche rapide ou de l'ascension d'un escalier.

Peu à peu cette dyspnée augmente, jusqu'à il y a sept ou huit jours. A la suite du moindre effort, le malade est pris alors de véritables *accès de suffocation.* La dyspnée est alors continuelle. La toux et l'amaigrissement se sont accentués peu à peu ; les forces ont considérablement diminué ; les nuits sont sans sommeil et le malade est en proie à *des sueurs nocturnes.*

Dans ces derniers jours l'*asthénie* est presque complète ; aussi le malade entre à l'hôpital le 5 mars 1902.

6 *mars* 1902. — Le malade est considérablement *amaigri* ; le faciès est émacié, les pommettes saillantes, les yeux brillants, légèrement hagards. Dès l'abord, on est frappé de deux faits : la *coloration des téguments*, la *dyspnée.*

La peau présente sur tout le corps une pigmentation très anormale, lui donnant une couleur brun foncé, atteignant le noir d'ébène sur certains points, comme le mamelon ou le gland. La pigmentation est également plus intense sur les cicatrices diverses que l'on remarque sur le corps et qui sont dues à des boutons d'acné. soit à des furoncles, soit à des sinapismes ou des pointes de feu.

Les mains ont également une coloration plus foncée que le reste du tégument, et les ongles eux-mêmes présentent une coloration gris cendré.

La dyspnée, très vive, est continuelle et paroxystique, exagérée par le moindre mouvement.

La toux est fréquente, pénible, et s'accompagne d'une sensation de déchirement sous les clavicules.

Le malade se plaint de manquer de forces : il peut à peine marcher et redoute une syncope dès qu'il met pied à terre.

Le pouls est rapide, 110, faible, dépressible

La température 38°.

On observe un peu d'œdème des jambes, autour des malléoles et de la paroi lombaire.

A l'examen des divers appareils on trouve :

Poumons :

Inspection. — La paroi est déprimée sous la clavicule gauche. Il y a à ce niveau un peu d'atrophie du pectoral de ce côté. En arrière, à gauche également, un peu d'atrophie musculaire et de dépression.

Palpation. — Vibrations thoraciques exagérées aux deux sommets, surtout à gauche.

Percussion. — *Matité au sommet gauche* en avant et en arrière. Submatité au sommet droit.

Auscultation. — *Respiration rude*, soufflante et *saccadée aux deux sommets*, avec de plus, au sommet gauche, *quelques craquements* à la toux.

Quelques râles de bronchite disséminés dans les deux poumons.

Cœur et *Appareil circulatoire* :

Tachycardie. Léger rythme de galop à la pointe. Quelques souffles anémiques dans dans les vaisseaux du cou.

Foie. — Légèrement hypertrophié. Déborde les fausses côtes de deux travers de doigt.

Reins. — Quelques douleurs dans la région rénale. *Douleurs réveillées à la palpation, surtout à gauche.*

Un peu de cryesthésie dans la région rénale.

Les urines, assez abondantes, sont louches mais ne contiennent *ni sucre ni albumine.*

Rate. — Normale.

Tube digestif. — L'examen de la *bouche* permet de constater *quelques plaques mélaniques* sur la face interne des joues, le *palais* et le *voile.*

La *langue* est saburrale.

L'*estomac* est un peu dilaté et est le siège de douleurs fréquentes après les repas. Le malade se plaint de renvois et de pyrosis.

Intestin. Diarrhée. Quelques bourrelets hémorroïdaires.

Système nerveux et *organes des sens.*

Pas de troubles de sensibilité, pas de troubles sensoriels. Le malade est très nerveux, émotif et neurasthénique.

Réflexes *rotuliens exagérés considérablement des deux côtés*. Les réflexes des *tendons du triceps* et des *fléchisseurs des doigts sont également exagérés*.

Réflexe *achiléen normal*.

Réflexe *lumineux très paresseux, presque nul*.

Un *peu d'inégalité pupillaire*. La pupille gauche est un peu plus grande que la droite.

En somme le malade se présente avec des phénomènes de tuberculose pulmonaire et de maladie bronzée. Il présente de plus une dyspnée qui est loin d'être en rapport avec ses lésions pulmonaires : peut-être s'agit-là de *dyspnée toxique*, qui rappelle la dyspnée urémique, sans respiration de Cheyne-Stokes.

On donne le régime lacté et des potages. Repos au lit. Ventouses sèches en avant et en arrière.

7 *mars* 1902. — Même état. Cependant la dyspnée est un peu moins vive. Pour provoquer la diurèse, on donne 0 gr. 50 de théobromine dans la journée, que l'on continue les jours suivants.

10 *mars* 1902. — Injections de cacodylate de soude. *Œdème des jambes et de la paroi thoracique antéro-supérieure droite*; *signes de cachexie*.

11 *mars* 1902. — *Injections d'extrait de capsule surrénale*, que l'on continue les jours suivants.

L'œdème du thorax a disparu. On observe toujours un peu d'œdème des jambes, mais surtout de l'œdème localisé à la paroi abdominale, la verge et le scrotum.

13 *mars* 1902. — L'œdème de la verge et des jambes persiste. La dyspnée est toujours très vive, semble due à une intoxication.

Examen de l'urine des 24 heures. Urine jaune rouge, légèrement trouble, ne présentant pas de dépôt.

Volume : 1250 cc. ;

Densité, 1018.

Sucre et albumine : néant.

Urée : 9 grammes par litre soit 11 gr. 25 par 24 heures.

Phosphate en P^2O^5 : 1 gr. 72 par litre, soit 2 gr. 15 par 24 heures.

Chlorures en NaCl : 12 grammes par litre, soit 15 grammes par 24 heures.

En somme, diminution considérable de l'urée.

Chlorurie, surtout si on tient compte que le malade ne se nourrit pas et prend à peine 1 litre et demi de lait.

Contre toute prévision, le malade s'améliore progressivement en avril et en mai, gagne en poids comme l'indique le tableau des poids. Les signes de tuberculose disparaissent; le sommet du poumon se sclérose. Le malade est à 4 degrés, mange bien, respire facilement et fait le service de la salle.

Poids

28 décembre	50 kgr.		14 avril	59 kg.	
4 janvier	52 »		26 —	58 »	500
11 —	52 »	700	10 mai	59 »	
18 —	54 »		19 —	59 »	
25 —	55 »		24 —	59 »	500
1er février	55 »	500	1er juin	58 »	600
1er mars	61 »		8 —	59 »	
15 —	60 »		17 —	60 »	400

N° 27 : Examen du sang.

Globules rouges	4.433.000
— blancs	8.0000

dont :

Polynucléaires neutrophiles	58 p. 100
— éosinophiles	7 —
Mononucléaires	21 —

Pouls : 120.

Température { matin, 38°. soir, 39°.

SALLE CRUVEILHIER, n° 7.

Obs. II. — *Antécédents personnels.* — A l'âge de 15 ans, le malade aurait eu une *coxalgie droite* (?), dont il ne reste aucune trace ; a été soigné à l'institut Pasteur, ayant été mordu par un chien enragé en 1889.

Depuis lors, le malade n'a eu aucune infection. Il a eu les côtes fracturées par suite d'une chute d'un premier étage. Il entre, pour alcoolisme, salle Cruveilhier, le 26 décembre 1901, venant de chirurgie où il avait été opéré d'une hernie gauche.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'une maladie de cœur (?). Père vivant, mais paralysé du côté droit. Deux frères bien portants.

Examen actuel— Ce qui frappe, au premier abord, en examinant le malade, c'est la pigmentation toute particulière de la peau.

Le visage présente une coloration brunâtre très accentuée. Cette coloration s'arrête brusquement à la partie moyenne du front. Les téguments de la tête, bien visibles chez ce malade, qui a perdu en partie ses cheveux, sont peu colorés.

Les mains et les deux avant-bras présentent cette même pigmentation.

Sur le tronc, on voit par place des plaques brunâtre de dimensions variables. Détail à noter : les reliquats d'égratignures de blessures anciennes présentent un maximum de pigmentation et apparaissent noirâtres.

La coloration normalement foncée de l'aréole et de la verge *est accrue* et revêt un aspect *noirâtre* des plus nets.

A l'examen de la *bouche* du malade, on constate sur la face interne des joues et le voile du palais des *plaques brunâtres* tranchant nettement sur la couleur rosée de la muqueuse.

A l'interrogatoire du malade, on apprend que ce dernier a complètement perdu ses forces. Il est absolument incapable de marcher. On constate à l'aide du dynamomètre une diminution très marquée de la force musculaire. Au premier essai, l'aiguille atteint le chiffre 50, au second effort elle ne monte plus qu'au chiffre 40. Le malade se sent incapable de déployer un troisième effort. C'est avec peine que le malade répond aux questions qu'on lui adresse, tant est grande son *apathie* ; il est enfoui dans son lit, indifférent à tout ce qui l'entoure.

Appareil pulmonaire. — Semble intact.

Appareil digestif. — Anorexie absolue. Le malade accuse une *diarrhée intense.*

Cœur. — Rien à signaler.

Etat général. — Pas de fièvre ; on constate que le malade est considérablement amaigri ; il pèse 50 kilogrammes.

Devant cette coloration toute spéciale de la peau et des muqueuses, à laquelle se joint une asthénie des plus nettes, le diagnostic de maladie d'Addison est porté.

En résumé :

Asthénie.

Pigmentation.

Diarrhée chronique.

Douleur à la pression dans la région surrénale gauche.

Evolution de la maladie.

Dès le 27 décembre, on fait au malade des piqûre de cacodylate de soude.

Le 4 janvier, *première injection d'extrait de capsules surrénales*. Celles-ci sont continuées pendant 12 jours.

Déjà le 11 janvier, le poids du malade augmente et atteint 52 kil. 700 : augmentation 2 kil. 700, en 7 jours.

Le 20 janvier, 7 jours après, 55 kilos ; augmentation, 2 kil. 300.

Le 25 janvier. Le malade se plaint de douleurs abdominales extrêmement vives, sortes de coliques revenant sous forme d'accès durant 3 ou 4 heures. A la suite de ces accès le malade est pris de *diarrhée profuse*.

Pour calmer ces douleurs, applications de collodion sur l'abdomen.

Le 27 janvier. — Reprise des injections de capsules surrénales. Le malade se plaint toujours de douleurs abdominales et de diarrhée. De plus, au *creux épisgatrique*, il éprouve une *douleur* qu'il compare à un *fer rouge* que l'on promènerait sur la peau.

Le 1er février. — Le poids du malade atteint 55 kilogrammes. On constate que la pigmentation du visage a diminué dans des proportions très notables.

La diarrhée continue toujours, mais les douleurs abdominales ont diminué.

Le 15 février. — La dépigmentation de la peau s'accentue toujours. Sur la surface interne des joues les plaques brunâtres sont toujours visibles, mais cependant d'une teinte moins foncée.

Le 28 février. — Le malade est repris de coliques abdominales très fortes nécessitant une nouvelle application de collodion.

La diarrhée persiste toujours, malgré la médication au bismuth.

Appareil pulmonaire. — L'auscultation ne révèle toujours rien aux poumons.

Appareil digestif. — Dans l'intervalle des crises douloureuses, l'appétit est bon. Il est donc revenu sous l'influence du traitement, car, à son entrée à l'hôpital, le malade présentait une anorexie absolue.

Le 1er mars, 61 kilogrammes : en deux mois, a gagné 14 kilogrammes.

1er mars. — *Les mains et les avant-bras ont perdu toute trace de pigmentation.*

La teinte brunâtre du visage a presque complètement disparu. Il faut presque être prévenu pour faire du malade un Addisonien.

De plus, depuis trois semaines environ, les forces du malade sont revenues dans des proportions considérables. Il se lève, aide à balayer les salles. Seulement il tombe vite en sueur et le soir il éprouve une certaine fatigue. De plus, il est gai, parle volontiers.

Poids : 61 kilogrammes.

Si l'on considère l'état actuel avec celui qu'il présentait à son entrée à l'hôpital, on constate une amélioration des plus sensibles.

Etat des réflexes. — Réflexes rotuliens exagérés des deux côtés.

Réflexe crémastérien et abdominal abolis.

Le malade présente à droite un myosis très marqué; malgré cela, l'accommodation est conservée des deux côtés.

Réflexe à la lumière normal.

Examen ophtalmoscopique. — Dépôt pigmentaire dans l'iris à droite, probablement autour d'un corps étranger.

Le 22 juin. — Etat général excellent : la pigmentation de la peau diminue encore, les taches du voile du palais ont disparu. — Le malade mange bien, se sent vigoureux, ne se plaint plus de diarrhée.

Il peut être considéré comme définitivement guéri, puisque depuis six mois qu'il est dans mon service, il a fait des progrès incessants.

Urine louche, jaune citrin.

Volume, 2.250 cc.

Densité, 1.013.

Sucre et albumine, néant.

	PAR LITRE	PAR 24 HEURES
Chlorures	8 grammes	18 grammes
Phosphates	1 — 06	2 — 38
Urée	11 — 60	26 — 1

Température plutôt hypothermique.

Pouls 78.

Globules rouges	5.611.000
Globules blancs	6.000

dont :

Polynucléaires neutrophiles	62 p. 100
Polynucléaires éosinophiles	2 —
Mononucléaires	16 —

Notre malade n° 7 a été rapidement amélioré par le traitement opothérapique. Alors que celui de Béclère n'avait éprouvé les bienfaits de cette méthode que deux mois après le début du traitement, le nôtre a augmenté de 2 kg. 700 dès les huit premiers jours, et, après deux mois de séjour dans notre salle, il avait engraissé à vue d'œil et pesait 61 kilos au lieu de 50 qu'il pesait à l'entrée.

La pigmentation de la peau s'est atténuée considérablement. Il était franchement bronzé le 4 janvier; c'est à peine s'il est hâlé aujourd'hui.

L'asthénie a totalement disparu. Cet homme apathique et taciturne est devenu causeur et expansif, se promène une partie de la journée.

La diarrhée seule revient assez aisément, accompagnée de coliques diffuses.

La rapidité extraordinaire de l'amélioration, l'atténuation des grands symptômes, l'engraissement surprenant progressif, nous permettent d'espérer que chez notre n° 7 la guérison sera définitive.

Notre optimisme ne semblait plus de mise en ce qui concerne le n° 38.

Antécédents suspects, bacillose manifeste, dyspnée toxique, œdèmes, fièvre, mauvaise angine, pronostic réservé.

L'opinion que nous formulions sur ce malade en avril, a été contredite par les évé-

nements. Contre toute prévision, à la suite d'injections d'extrait de capsules surrénales il s'est amélioré progressivement, et aujourd'hui je le considère comme étant en pleine voie de guérison, comme le n° 7.

J'apporte donc ainsi deux faits intéressants de guérison réelle de la maladie d'Addison.

Je ferai remarquer en terminant que le traitement opothérapique par l'extrait de capsules surrénales a certainement agi très heureusement sur les lésions tuberculeuses du poumon. Chez notre n° 27, les signes certains de tuberculose qu'il présentait à l'entrée ont disparu.

Je réserve pour une communication ultérieure d'autres recherches que j'ai faites dans ce sens.

Plusieurs tuberculeux traités par des injections d'extrait de capsules surrénales, ont été améliorés rapidement d'une manière surprenante. Cette constatation n'a pour but que de prendre date pour ce traitement plein de promesses.

Si j'ai pu mener à bonne fin le traitement des deux malades dont je rapporte les observations, c'est grâce à la complaisance de M. Chaix, qui a mis à ma disposition les préparations de capsules surrénales qui m'avaient été rigoureusement refusées par l'administration. Pièces à l'appui.

Sur l'action thérapeutique d'un nouveau médicament analgésique, antithermique et hypnotique : l'hypnopyrine

Par le Dr Bolognesi et M. J.-B. Charpentier, docteur en pharmacie.

L'hypnopyrine est un dérivé chloré de la quinine possédant des propriétés analgésiques, hypnotiques et antithermiques.

L'hypnopyrine se présente sous la forme de longues et fines aiguilles prismatiques d'un blanc nacré, de saveur amère et d'odeur légèrement chlorée.

Ce corps est soluble dans huit fois son poids d'eau froide, très soluble dans l'eau bouillante et l'alcool, insoluble dans l'éther et le chloroforme.

Abandonnée pendant longtemps à l'action de l'air, l'hypnopyrine s'effleurit et jaunit ; il y a lieu de la conserver dans des flacons de verre coloré, bien bouchés.

Les acides minéraux la dissolvent facilement sans donner de coloration même à l'ébullition; les alcalis la décomposent.

L'hynopyrine est un dérivé chloré de la quinine; elle donne avec l'hypochlorite de chaux et l'ammoniaque, le même précipité vert caractéristique de cet alcaloïde.

On peut d'ailleurs facilement distinguer ces deux corps au moyen de la réaction suivante : une solution d'hynopyrine additionnée de nitrate d'argent et d'ammoniaque, puis chauffée légèrement dans un tube de verre, tapisse celui-ci d'un brillant miroir d'argent.

Au point de vue thérapeutique, l'hynopyrine est un excellent analgésique et un bon hypnotique, possédant en outre des propriétés antithermiques moins énergiques mais certaines.

Nous avons expérimenté ce nouveau médicament depuis un an et demi environ et nous avons pu étudier son action sur un nombre considérable de malades et dans des affections très diverses.

L'hypnopyrine présente sur les analgésiques de la série aromatique des avantages très marqués.

Elle agit sans prodnire de sueurs profuses comme l'antipyrine, la phénacétine, le pyramidon, etc., et sans amener de phénomènes de collapsus.

Elle est absolument inoffensive pour l'estomac et produit, d'une façon générale, un effet tonique et apéritif, comme la quinine, sans irriter le tube digestif.

Nous l'avons administrée à de nombreux malades présentant des phénomènes dyspeptiques marqués, sans qu'il se soit produit des troubles du côté de l'appareil digestif, même en employant des doses élevées, 3 à 4 grammes dans les vingt-quatre heures.

Lorsqu'on dépasse la dose de 2 grammes par jour, chez l'adulte, l'hypnopyrine produit momentanément chez certains des bourdonnements d'oreille comme la quinine, bourdonnements fugaces qui cessent au bout de quelques instants.

Jamais l'hypnopyrine n'a produit d'exanthèmes cutanés comme l'antipyrine : elle s'est constamment montrée efficace contre la douleur et a amené, en même temps, le sommeil chez les malades qui présentaient de l'insomnie due à la douleur. Son action analgésique se manifeste très rapidement : quelques minutes après l'ingestion, à la dose de 50 centigrammes, elle amène la sédation des douleurs légères telles que les céphalées fébriles, la migraine, et cette action se prolonge pendant au moins 5 heures.

En dehors de son action analgésique et hypnotique, l'hypnopyrine est également antithermique. C'est un antipyrétique léger : elle ne produit pas, comme beaucoup d'antithermiques, un abaissement brusque et brutal de la température, pouvant amener du collapsus, et gênant le travail de la nature en empêchant les oxydations, la fièvre étant, comme on sait, une des meilleures défenses de l'organisme.

Son action est légère; une dose de 40 centigrammes produit pendant quelques heures un abaissement de température d'un demi-degré.

Les propriétés thérapeutiques de l'hypnopyrine nous étant connues, il est facile de prévoir quelles sont ses indications :

Dans les pyrexies infectieuses.

Dans la grippe, l'hypnopyrine donnée à la dose de 1 gramme par jour a fait, dans plus de 100 cas, disparaître la courbature si spéciale à cette infection, la céphalée grippale, les névralgies qui persistent après cette pyrexie; tout en calmant la douleur et en diminuant la fièvre, elle a permis aux malades de dormir; son action sur l'estomac s'est manifestée en produisant de l'appétence et en empêchant les phénomènes d'anorexie si fréquents après la grippe.

Dans la rougeole, nous avons administré l'hypnopyrine en suppositoires à la dose de 25 centigrammes à 50 centigrammes, suivant l'âge des enfants, pour combattre les symptômes fièvre et douleurs qui précèdent l'éruption.

Dans de nombreux cas d'*angines aiguës*, dans les refroidissements, les bronchites, les affections broncho-pulmonaires *a frigore*, l'hypnopyrine nous a rendus les mêmes services que dans la grippe.

L'été dernier nous avons eu l'occasion de traiter deux fièvres typhoïdes de moyenne intensité, lesquelles se sont terminées par la guérison, le traitement ayant consisté en 3 cachets d'hypnopyrine de 50 centigrammes par jour, matin, après-midi et soir, diète lactée et liquide, sans avoir eu besoin de recourir aux bains ni aux lotions.

L'hypnopyrine suffisait pour amender la céphalée et diminuer l'*hyperpyrexie*. C'est surtout chez de nombreux tuberculeux que nous avons employé l'hynopyrine, à la fois comme sédatif des points de côtés et hypnotique; l'action antithermique s'est montrée, comme pour tous les antithermiques, peu énergique.

M. le Dr Bergouignan, interne des hôpitaux de Paris, a également expérimenté l'hypnopyrine dans 5 ou 6 cas de tuberculose fébrile à l'hôpital Necker et a pu constater l'action analgésique et hypnotique du nouveau médicament; il est arrivé aux mêmes conclusions que nous au point de vue antithermique, à savoir qu'à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme l'hypnopyrine amène un abaissement thermique faible de 1 1/2 à 1° au maximum.

Au point de vue analgésique pur, l'hypnopyrine nous paraît être un bon médicament.

Dans de nombreux cas de névralgie de la face, des membres, du thorax, dans les douleurs fulgurantes et viscérales des tabétiques, dans les douleurs névritiques du diabète, dans les céphalées, la migraine, l'hypnopyrine ne le cède en rien aux autres analgésiques.

Dans certains cas de céphalées, de névralgies rebelles, elle s'est montrée efficace là où d'autres analgésiques avaient échoué.

Nous l'avons expérimentée dans plusieurs cas de rhumatismes articulaires aigus, en l'associant au salicylate de soude; nous formulions des cachets contenant 25 centigrammes d'hypnopyrine et 75 centigrammes de salicylate de soude pour un cachet de 2 à 4 cachets dans les vingt-quatre heures. Les 6 cas que nous avons ainsi traités ont tous guéris dans un laps de temps assez court et n'ont présenté aucune complication cardiaque ni péricardique, bien que deux de ces cas aient présenté une intensité assez forte.

Dans les cas de rhumatismes musculaires, goutteux, de lumbago, de sciatique, l'hypnopyrine semble produire de bons effets.

Pour ne pas donner une amplitude trop grande à cette communication nous ne faisons qu'énumérer les différentes affections dans lesquelles nous avons administré l'hypnopyrine, faisant grâce des observations de tous ces malades.

M. Dupasquier, interne des Hôpitaux de Paris, a expérimenté l'hypnopyrine à l'Hôpital de la Pitié dans une quinzaine de cas variés et a obtenu, lui aussi, des résultats positifs au point de vue de l'analgésie et de l'hypnose.

Voici donc un nouveau médicament analgésique, hypnotique et antithermique à ajouter à la longue liste des médicaments similaires. Celui-ci a un mérite, c'est d'être un produit français. On peut l'administrer soit en cachets de 50 centigrammes ou 25 centigrammes, soit en pilules de 20 centigrammes, soit encore sous forme de suppositoires.

A cause de sa grande amertume, ces moyens sont préférables à la potion; on peut cependant donner l'hypnopyrine sous forme de sirop; le sirop d'écorces d'oranges amères paraît être un bon véhicule.

L'hypnopyrine semble être d'une innocuité absolue.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement des ankyloses osseuses de la hanche. (*Soc. de Chir.*, 18 juin 1902). — M. Nélaton a essayé dans deux cas l'*interposition d'un lambeau musculaire* emprunté au fascia lata pour rémédier à des ankyloses de la hanche de causes variées. Il libéra la tête fémorale, agrandit la cavité cotyloïde et plaça le lambeau musculaire. Il a réussi deux fois par ce moyen à rendre la mobilité articulaire, et par suite à améliorer la marche. Mais dans l'un de ces cas, il y eut une paralysie des extenseurs du pied, attribuable selon lui, à une application défectueuse d'appareil.

A. Benoit.

Traitement des ankyloses (*Société de chir.*, 25 juin 1902). — L'observation de M. Nélaton sur le traitement des ankyloses par l'*interposition de parties molles*, a donné lieu à quelques communications intéressantes. La plupart s'accordant à reconnaître que, aussi bien au coude qu'à la hanche, la résection plus ou moins large peut être suivie de récidive de l'ankylose, il convient d'essayer plus sérieusement qu'on l'a fait jusqu'à M. Nélaton, l'interposition de lambeaux des parties molles, que l'on suture en conséquence, ainsi que l'a fait M. Quénu pour le coude, avec le ligament antérieur, désinséré à la rugine. Le résultat fonctionnel fut très satisfaisant.

Mais tandis qu'on peut souvent se passer de cette interposition, à l'articulation du coude, à la condition de reséquer largement et de mobiliser de bonne heure, à la hanche, on ne peut raccourcir le squelette et le moyen essayé par M. Nélaton est plus particulièrement indiqué.

A l'humérus, M. Tuffier paraît avoir été bien inspiré, en détachant la surface cartilagineuse de la tête humérale réséquée, pour l'appliquer ensuite, avec des sutures au catgut, sur l'extrémité osseuse, dans le but de prévenir l'ankylose. A défaut de ce tissu, rien ne serait d'ailleurs plus aisé que de trouver à faire une interposition de lambeau, comme au coude et à la hanche.

A. Benoit.

Luxation du coude. Gangrène de l'avant-bras. Amputation, par M. O. Lambret (*Echo med. du Nord*, 22 juin 1902). — Après une double chute sur la paume de la main, un jeune homme de 21 ans présenta les lésions de la luxation du coude en arrière et en dehors. La réduction fut faite sans retard. Mais, dans la nuit, douleurs excessivement vives et le lendemain, gonflement énorme de tout l'avant-bras, avec phlyctènes et abolition des battements artériels. Par l'arthrotomie, l'auteur constata qu'il existait un volumineux amas de caillots avec réduction incomplète; le brachial antérieur était rompu et l'artère humérale ne batait plus, le nerf médian ayant été aussi violemment distendu. Réduction et drainage. Devant l'apparition de la fièvre, l'amputation est faite au bras. Voici l'opinion de l'auteur sur ces lésions d'une observation rare : « A mon avis ces lésions artérielles et nerveuses doivent être attribuées à la distension énorme à laquelle ont été soumis les troncs vasculaires et nerveux D'après l'enquête, cette distension ne doit pas être mise sur le compte des manœuvres de réduction. Je pense que ce blessé s'est tout d'abord, lors de sa première chute, fait la luxation du coude; puis, celle-ci étant produite, lors de la seconde chute, les surfaces articulaires ont été violemment écartées l'une de l'autre, au point d'amener ces lésions. »

A. Benoit.

Coxa vara traumatique (*Soc. de chir.*, 25 juin 1902). — M. Kirmisson présente un rapport concernant une observation de coxa vara traumatique, communiquée par M. Coville (d'Orléans). Le sujet, âgé actuellement de 16 ans

avait subi, à 12 ans un traumatisme de la hanche qui semblait avoir produit un décollement épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur. En effet, les radiographies montraient que l'axe du col ne coïncidait pas avec celui de la tête fémorale. Comme toujours, l'affection, compliquée d'ankylose, s'était révélée par un grand raccourcissement du membre, la tête étant bien dans la cavité glénoïde.

M. Berger déclare qu'il faut séparer la coxa vara symptomatique, qui est sous la dépendance du rachitisme, c'est-à-dire celle de la première enfance, de la coxa vara primitive, déformation isolée, qui est celle des adolescents. On peut comparer cette dernière au *genu valgum*. Cette coxa vara essentielle, selon MM. Berger et Kirmisson, est assez rare en France.

A. Benoit.

De la gastrotomie par Albert Carless (*The Edimburg. Med. jour.*, juin 1902). — Après un historique de la question, relatant les difficultés de la période préantiseptique, l'auteur se résume en disant que plusieurs procédés, usités en France et en Amérique, permettent d'arriver à un bon résultat, à la condition de tenir compte des points suivants :

1° La gastrotomie s'impose, non point à la période d'inanition extrême, mais lorsque la dysphagie va en croissant. Il est impossible en effet d'espérer soulager les malades par le passage de bougies.

2°-3° En raison de cette inanition même, le processus réparatif est moins vigoureux; les adhérences sont tellement lentes à se produire qu'on a pu considérer comme bon le procédé de *Frank*, pourtant défectueux au point de vue technique, parce que trop primitif, et qui consiste à attirer un cône de la paroi stomacale et à le fixer par sa base aux lèvres de l'incision péritonéale, les côtés du cône étant portés au contact intime des surfaces avivées de la plaie, afin de favoriser l'adhésion séro-fibreuse la plus solide. Ajoutons que la paroi stomacale est fortement rétractée, dans les strictions de l'œsophage, quelle qu'en soit la cause.

4°-5° Il faut empêcher la régurgitation des aliments ingérés et s'efforcer de donner au nouveau canal une doublure muqueuse, surtout si celui-ci doit être permanent, comme dans les cas de cancer. L'opération de Frank remplit cette indication.

6°-7° Il serait désirable que l'organe fut ouvert en un seul temps, pour que l'on puisse introduire immédiatement de la nourriture. Pourtant, chaque fois qu'on pourra temporiser deux ou trois jours, cela sera préférable. Quoi qu'il en soit, les aliments n'étant pas stérilisés, devront être introduits dans l'estomac sans contact direct avec la plaie, c'est-à-dire à travers un tube de caoutchouc. Les abcès intra-péritonéaux sont par dessus tout à éviter.

Nous avons donné récemment (1) la technique du Dr Terrier, qui s'est rangé à la méthode de Koch, *l'incision verticale*. La *méthode de Franck* modifiée par l'auteur de cet article, utilise également cette incision et ne diffère guère de la gastrotomie usitée en France que par la suture de la muqueuse à l'angle supérieur de l'incision et la réunion directe par la suture des deux lèvres de l'incision du muscle droit. Cette modification de la fixation supérieure, a été inspirée à l'auteur par la rétraction fréquente du canal gastrique ainsi crée.

Au cours de l'opération, on pourra être gêné par l'épiploon, qui vient obstruer champ le opératoire. Il faut le refouler au dessous de l'estomac.

Les points de suture qui fixent le tube à la la paroi stomacale sont perforants et exécutés au catgut. On a ainsi l'avantage de pouvoir retirer le tube lorsque les fils sont résorbés, c'est-à-dire vers le septième jour, sans attendre plus qu'il n'est nécessaire. Pour terminer l'opération, on fixe le cône gastrique à l'angle supérieur de la plaie par des points qui unissent la peau à la tunique séro-musculeuse de l'estomac : le reste de l'incision est fermé par des points séparés comme d'ordinaire.

A. Benoit

Occlusion intestinale au niveau des angles du colon (*Société de chirurgie*, 18 juin 1902). — Une observation de M. Terrier, concernant les cas de coudure exagérée de l'angle gauche du colon, précédée de dilatation en avant de l'angle splénique, a attiré l'attention sur la fréquence de ces faits. M. Quenu, après expérimentation, ne pense pas avec MM. Terrier et Adenot (de Lyon) que cette disposition puisse suffire à créer l'obstruction. Lorsqu'elle se produit, il paraît plus logique de la mettre sur le compte de ces petites *brides péritonéales*, reliquats de lésions péritonitiques minimes, qui sont particulièrement fréquentes autour du colon, surtout au niveau de l'angle splénique.

A. Benoit.

Sur un procédé nouveau d'anus artificiel en un seul temps, par M. Magé, (de Loudun) (*La Touraine Médicale*, 15 mars 1902). — Dans le cancer du rectum, dit M. Magé c'est à l'anus iliaque qu'il faut recourir, pour sinon guérir, du moins soulager, et l'indication principale de cette opération doit être non pas le rétrécissement amenant la stercorémie, mais bien la

(1) *Revue de Thérapeutique*, 1er juillet 1902.

douleur, le ténesme, les épreintes que détermine le bol fécal cheminant à travers cette « garenne saignante » qu'est le rectum cancéreux.

L'auteur pense que l'opération de l'anus iliaque doit être simple et rapide, susceptible d'être faite en un temps et non en deux. Voici, au reste, le mode de technique de M. Magé.

Après incision de la peau, du tissu cellulaire et des muscles, faire au péritoine une incision de 4 centimètres environ. Par cette ouverture, attirer le colon, saisi autant que possible par le bord opposé à son méso; par un sujet séro-séreux, fixer les bords de la plaie péritonéale aux faces latérales de la portion d'intestin herniée; le champ opératoire bien nettoyé, enduire la plaie de vaseline salolée, de façon à la protéger contre les liquides septiques de l'intestin; ce petit détail à son importance. De cette façon, le ventre est complètement refermé et protégé; au milieu de la collerette que forme le péritoine sur le colon, à peu près au centre de l'ovale formé par le surjet, ouvrir l'intestin sur une longueur d'environ deux centimètres. On termine l'opération par une suture en bourse, dont les chefs ressortant à travers les lèvres de la plaie intestinale sont passés dans les bords de la plaie cutanée, de manière à obtenir — (*fait capital*) — l'obturation de la lumière du bout inférieur de l'intestin, d'une manière aussi simple que possible, et accessoirement une diminution de la plaie cutanée, au-dessous de l'anus nouveau.

Ce procédé a les trois avantages suivants : simplicité d'exécution; sécurité absolue, puisque le ventre est hermétiquement fermé et que les matières arrivent à la peau sans souiller la plaie profonde; bon fonctionnement, puisque le bout inférieur est obturé.

M. Magé a utilisé plusieurs fois son procédé et n'a jamais eu d'éversion de la muqueuse, comme il est fréquent d'en voir avec des anus faits en deux temps, et pour lesquels il a fallu faire saillir l'intestin hors du ventre.

R. Blondel.

Traitement des hémorroïdes (*Deutsche med. Wochenschrift*, 29 mai 1902). — Thiele recommande le procédé de Tillmans, qui consiste en injections phéniquées.

On commence par donner un lavement, puis on recommande au malade de presser pour faire apparaître les bourrelets ; puis on lave la région au savon, on nettoie à l'éther et on irrigue avec une solution antiseptique faible. Ceci fait, on remplit une seringue de Pravaz avec la solution suivante : acide phénique 1, glycérine 2, et on injecte une division dans les petits, 2 à 3 divisions dans les gros bourrelets. Il faut prendre garde de laisser tomber du liquide sur la surface du bourrelet, et retirer lentement la canule pour éviter toute cautérisation de la muqueuse rectale. Dans les bourrelets très gros, on peut faire deux injections par séance : on peut faire plusieurs piqûres le même jour. Les douleurs qui se présentent parfois cèdent à l'application de suppositoires cocaïnés. Le malade gardera 2 à 3 jours le lit et ne prendra que des aliments liquides. On peut administrer un lavement le quatrième jour.

Il suffit parfois d'une seule séance pour amener la mortification, au bout de deux à trois semaines, de bourrelets gros comme des noisettes. Les bourrelets plus gros exigent une seconde intervention.

E. Vogt.

La chirurgie nerveuse, par Weller van Kook, de Chicago (*Medical Age*, 10 juin 1902). — Le domaine de la chirurgie nerveuse s'est étendu passablement aujourd'hui. Il ne demeure plus borné à la décompression des nerfs, comprimés par des tumeurs, des épanchements sanguins, enflammés par des foyers de suppuration, fixés à des moignons d'amputation. L'élongation nerveuse a rendu des services notoires, dans des cas de névrite périphérique chronique. Mais elle semble tombée en disgrâce; car il paraît démontré que les conséquences éloignées de cette méthode sont souvent néfastes; les lésions gagneraient la moëlle épinière, ou même le cerveau.

L'exérèse a donné de bons résultats, surtout dans la névralgie trigéminée; on ne doit recourir à l'ablation du ganglion de Gasser, opération redoutable, que lorsque les procédés d'exérèse périphérique ont échoué.

L'Auteur maintient ensuite que l'école française, à la tête de laquelle on trouve Chipault, montre le plus grand enthousiasme pour l'usage de l'*élongation* appliquée aux variétés trophiques de la névrite périphérique. L'élongation des gros troncs nerveux de la jambe améliore indubitablement, selon Chipault, le *mal perforant*. Les résultats sont particulièrement bons lorsque le sciatique a été blessé ou compris dans des inflammations siégeant à la cuisse. Les lésions du mal perforant plantaire peuvent être arrêtées dans leur évolution.

A. Benoit.

Méthode des subluxations rythmées du maxillaire inférieur, pour prévenir la syncope chloroformique, par M. Valery (*Gazette des Hôpitaux*, n° 49, 1902). — Dans le but de conserver au *réflexe pharyngien* une vigueur suffisante pour assurer la respiration, l'auteur con-

seille un procédé qui lui aurait épargné toute alerte : dans l'intervalle qui s'écoule entre chaque goutte de chloroforme et au moment où l'on précipite son administration, il imprime au maxillaire inférieur des mouvements rythmiques en haut et en avant, sortes de *subluxations rythmées* qui, entraînant l'appareil suspenseur de la langue peuvent éviter, en effet, l'emploi si brutal de la pince à langue.

A. Benoit.

Fermeture des plaies suppurantes de la paroi après laparotomie, par M. Phil. Harris (*Soc. amer. de Gynéc.*, 27 mai 1902). — Lorsqu'un abcès se forme dans l'incision, on rouvre cette incision dans l'étendue de la suppuration et on traite la plaie à ciel ouvert. On enlève les granulations avec une curette tranchante jusqu'à ce qu'on puisse distinguer les différents tissus, muscles, fascia, tissu adipeux. Les angles du fascia profond sont alors suturés. Chacune de ces sutures est introduite à travers la peau à un pouce de distance de l'incision et est retirée au-dessus et au-dessous de son point d'introduction. On procède ensuite aux autres sutures qui alternent entre elles. Les sutures séparées ont pour but la coaptation du fascia profond, de sorte que la peau et le tissu sous-cutané se réunissent sans sutures additionnelles. Il faut laver souvent la plaie avec une solution de sublimé, toujours suivie d'une solution saline normale. Les sutures sont enlevées le douzième et le quatorzième jours.

L. Jumon.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Médecin des hôpitaux

Hyperchlorhydrie, par Max Einhorn (*Deutsche Praxis*, 25 juin 1902). — Le traitement de l'hyperchlorhydrie est toujours un objet de controverses. Certains médecins proscrivent complètement les amylacés et alimentent les malades avec une nourriture animale exclusive. Leur raison d'agir ainsi est que l'amylolyse est très faible dans l'hyperchlorhydrie, car les acides empêchent rapidement la transformation de l'amidon en dextrine.

D'un autre côté d'autres cliniciens proscrivent la viande parce qu'elle stimule la sécrétion du suc gastrique. Ils préfèrent le régime lacté et les hydrates de carbone.

On a discuté encore sur le nombre de repas à prescrire. Beaucoup accordent deux repas par jour; d'autres prescrivent des repas plus nombreux pour diluer le suc gastrique et réduire l'acidité en introduisant un petit repas au moment de la digestion. Max Einhorn préfère les repas plus nombreux, trois grands repas, déjeuner du matin, repas du midi et du soir, et deux à trois petits repas composés seulement de lait, de pain et de beurre.

Les grands repas sont composés d'aliments consommés habituellement à ces repas, à l'exception de substances acides, trop grasses ou indigestes. La viande et les œufs cuits durs doivent dominer dans le régime de cette maladie, tandis que toutes les épices et les aliments irritants doivent être évités. Einhorn permet toujours de grandes quantités de pain et de beurre. Dans ces deux ou trois dernières années, les recherches de Strauss et d'autres auteurs ont montré que le beurre a une excellente influence pour diminuer la sécrétion gastrique. Mais Einhorn n'a pas donné le beurre dans le but de diminuer la sécrétion chlorhydrique, mais pour augmenter la quantité des aliments.

Le traitement médicamenteux consiste à employer les alcalins une ou deux heures après les repas. Le bicarbonate de soude peut être donné à raison d'une demie ou d'une cuillerée à thé trois fois par jour. Dans les cas de constipation, il vaut mieux donner le bicarbonate de soude avec la magnésie calcinée et la rhubarbe, comme dans la préparation suivante :

Magnésie calcinée..	
Carbonate de soude desséché.....	ãã 15 grammes
Bicarbonate de soude	
Sucre de lait.....	

M. pour une poudre dont on prendra une demie ou une cuillerée à thé trois fois par jour après les repas.

ou :

Magnésie calcinée...	
Poudre de rhubarbe.	ãã 15 grammes
Bicarbonate de soude	
Sucre de lait.....	

M. — Mêmes doses.

Parfois les bromures sont très utiles dans cette affection, surtout lorsqu'on a affaire à des personnes atteintes d'excitation nerveuse, douleur de tête, insomnie, etc. L'atropine peut également être recommandée, cependant Einhorn n'en a pas retiré de grands avantages.

Pour les méthodes physiques de traitement on peut employer l'électricité et l'hydrothérapie. La galvanisation et surtout la faradisation intra-gastriques peuvent être d'une grande utilité. On peut aussi employer une compresse mouillée sur l'estomac pendant la nuit.

Il en est de même des frictions froides suivies de frictions sèches de la poitrine et du dos. Il n'est pas nécessaire de recourir aux lavages d'estomac dans cette affection

Quelques auteurs sont allés jusqu'à pratiquer la gastro-entérostomie : or, même dans les cas de sténose du pylore, l'opération n'a pas supprimé l'hyperchlorhydrie. Cette opération n'est donc pas nécessaire dans ces cas. Presque toujours les cas d'hyperchlorhydrie simple, c'est-à-dire non compliqués d'ulcère, guérissent avec le temps, par des moyens simples. L. Jumon.

Influence des épices sur les fonctions de l'estomac, par le Dr v. Korczynski (*Wien. Klin. Wochenschrift*, n° 18, 1902). — L'année dernière, l'auteur avait fait des recherches sur l'influence exercée par les épices sur les fonctions gastriques chez un sujet atteint de myélite et en avait des tiré des conclusions au point de vue de la pratique générale. Depuis, il a reconnu que celles-ci ne sont pas tout à fait exactes et, après d'autres observations, il les a rectifiées de la façon suivante :

L'action des épices sur la fonction sécrétoire de l'estomac n'est pas toujours la même. Elle dépend en première ligne de l'état général de l'estomac et de son état au moment où elles agissent; cette action varie probablement aussi avec la manière d'être de chaque sujet. Les épices exercent une influence nuisible dans les cas où l'activité sécrétoire est affaiblie. Elles amènent un abaissement de l'acide chlorhydrique et de la pepsine et dans les cas de régime mixte une formation abondante d'acide lactique.

On ne doit pas les conseiller chez les personnes dont la fonction gastrique est insuffisante, mais chez celles dont la sécrétion chlorhydrique est très faible.

Les épices excitent la muqueuse stomacale, produisent la dilatation des vaisseaux et une irrigation sanguine plus abondante, ce qui peut également déterminer une dilution du suc gastrique.

Au début, chez les personnes bien portantes, elles produisent d'abord une excitation de la sécrétion glandulaire; plus tard, elles suspendent cette sécrétion. La période pendant laquelle la sécrétion est diminuée dure, en général, assez longtemps, et est souvent suivie d'une deuxième période d'excitation.

L'activité motrice de l'estomac s'accroît après l'emploi des épices, à la suite d'une excitation des éléments contractiles de l'estomac,

L. Jumon.

Appareil pulmonaire

Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine

Prophylaxie de la pneumonie (*Medical Record*, 19 mai 1902). — M. R. Tuthill propose comme traitement prophylactique de la pneumonie l'emploi du salol dans la première période de la pneumonie. Il assure que dans plusieurs observations il a réussi à abréger la maladie et à favoriser la résolution. Le salol n'étant pas décomposé avant son arrivée dans l'intestin, ne peut troubler les fonctions de l'estomac et il ne possède pas d'effet nocif sur le cœur à moins qu'il soit donné à doses toxiques.

Il donne le salol sitôt qu'apparaissent les premiers symptômes de la pneumonie lobaire, à la dose de 0. gr. 60 toutes les deux heures, en espaçant les doses lorsque les symptômes s'amendent. Par l'emploi du salol l'auteur se propose d'agir directement sur le pneumocoque par l'intermédiaire de la circulation. Il cite à l'appui quatre cas dans lesquels l'emploi du salol paraît avoir diminué la durée de la maladie.

L. Jumon.

Traitement chirurgical de l'abcès du poumon consécutif à la pneumonie lobaire, par F. Loyd Mc Rae (*Med. Record*, 14 juin 1902). — Le diagnostic des abcès pulmonaires est toujours une cause de difficultés pour le praticien et le chirurgien. Peu de temps après que la pneumonie a disparu, le patient se remet à tousser, la température se relève ainsi que les autres symptômes fébriles, et tous ces accidents disparaissent quand le pus est chassé de sa cavité par la toux. Les signes physiques se traduisent par de gros râles humides, avec de la matité alternant avec le son tympanique. On trouve des bruits métalliques à l'auscultation et à la percussion. L'examen bactériologique des crachats est très important. Le pus ne renferme pas souvent le bacille tuberculeux. Le pneumocoque est le microorganisme le plus important pour le diagnostic. Le premier cas rapporté par l'auteur a guéri complètement quarante jours après l'opération. Le second a persisté pendant six ans, avec des accès périodiques de vomiques considérables. La pneumotomie a été faite sur le lobe inférieur du poumon gauche : on trouva des concrétions dans les parois de la cavité, qui fut curetée. La cavité fut comblée avec de la gaze et on plaça des tubes à drainage. L'opération a été faite, il y a cinq mois : les tubes sont encore en place, quoique le pa-

tient soit complètement débarrassé des symptômes pénibles.

La mortalité est due à ce que la plupart des malades sont dans un état de faiblesse extrême et ne peuvent résister alors au choc opératoire. En effectuant l'opération, on doit enlever les côtes au point le plus déclive de l'abcès, car le drainage se fait bien mieux. La mortalité des cas rapportés par l'auteur a été de 20 à 25 0/0 : mais elle peut être réduite par un diagnostic et un traitement précoces.

L. Jumon.

Traitement médicamenteux de la tuberculose pulmonaire. — M. Jesse Shoup (*Medical Record*, 24 mai 1902) à la Société Américaine de Thérapeutique, croit que les toniques utiles dans cette maladie sont le fer, l'arsenic, la strychnine, le phosphore et les toniques végétaux. Dans la classe des bactéricides, la créosote est peut-être le médicament le plus important et il n'est pas douteux que si elle est employée judicieusement, la fièvre, la toux et l'expectoration diminuent. La créosote est douloureuse et désagréable quand elle est employée en frictions.

Le carbonate de guaiacol et le valérianate de guaiacol sont utiles. Solis Cohen préconise de de son côté l'emploi interne de l'ichtyol qui, suivant d'autres, donne ausssi de bons résultats : mais personnellement Shoup a trouvé que son administration est excessivement désagréable au malade et son action paraît basée sur la présence du soufre.

Un troisième groupe de médicaments comprend ceux qui stimulent la phagocytose. Des injections intra-veineuses d'acide cinnanique en émulsion dans la glycérine sont employées dans ce but; on s'est servi aussi d'injections sous-cutanées, mais celles-ci sont trop douloureuses.

Shoup avoue avoir obtenu de bons résultats de l'usage de cinq milligrammes d'acide arsénieux deux fois par jour et de un a deux centigrammes d'acide cinnanique dans les cas récents et dans les cas chroniques sans infection mixte; mais dans les cas aigus, l'état a semblé s'aggraver par ce traitement. Klebs a considéré la tuberculine T. R. presque comme un spécifique et et Shoup croit qu'elle peut rendre des services dans les cas appropriés. Contre la dyspepsie et les troubles gastriques, il n'a rien trouvé de mieux que l'acide chlorhydrique dilué, associé à la strychnine et au thymol ou au menthol. La fièvre est combattue au mieux par le repos et les ablutions froides. Les sueurs nocturnes sont traitées par les bains froids ou les lotions d'eau ou d'alcool et de menthol; dans quelques cas il se sert de l'atropine. La codéine est très utile pour combattre la toux. Contre les hémorrhagies on opposera le repos absolu, la glace localement et à l'intérieur, les injections hypodermiques de morphine et d'hydrastine. Il est de la plus grande importance que le médecin visite ses malades à de courts intervalles, de préférence tous les jours.

L. Jumon.

Traitement de la dégénérescence graisseuse du cœur, par H. W. Syers (*Treatment*, juin 1902). — Le traitement médicamenteux n'a ici qu'une place secondaire, car on doit d'abord régler le genre de vie au point de vue du régime, de l'exercice physique et mental. Il faut proscrire tous les exercices d'entraînement. Les exercices musculaires gradués et les bains chauds peuvent être inoffensifs dans les cas de lésions valvulaires sans lésions du myocarde. Les bains chauds, dans les cas de lésions du muscle cardiaque, peuvent amener la syncope : on doit donc les éviter surtout dans les affections cardiaques anciennes.

Le traitement diététique est le plus important. Les repas doivent être peu copieux et plutôt fréquents. Un régime azoté est préférable aux hydrates de carbone et les malades doivent boire peu aux repas. Les potages et les soupes devront parfois être supprimés. On ne permettra pas le café ou le thé après le repas : cependant on peut prescrire les stimulants en petite quantité suivant le goût et les habitudes des malades. Le Porto en quantité modérée est utile ; quant au tabac, il doit être radicalement supprimé.

La facilité très grande avec laquelle les patients se plaignent de palpitations et de flatulences gastro-intestinales doit faire surveiller très étroitement le régime et l'on se rappellera que tout individu agé ou d'âge moyen qui se plaint de troubles digestifs peut devoir les troubles qu'il ressent à des lésions des parois cardiaques, tandis que chez les jeunes gens il s'agit de dyspepsie plus ou moins aiguë

On combattra la constipation, qui est très fréquente, plutôt par le régime que par les drogues. On n'oubliera pas que beaucoup de cas de mort subite due à la dégénérescence du myocarde sont survenus pendant que les malades faisaient des efforts pour aller à la selle. Les lavements constituent la meilleure méthode pour combattre ce symptôme incommode : on usera ensuite de petites doses de cascara, d'aloïne, ou de calomel.

Il est inutile de chercher à stimuler les contractions cardiaques par des médicaments, et la digitale, le strophantus, la convallaria ne sont pas habituellement indiqués dans cette

forme de cardiopathie. Ils n'atteignent pas le but et tendent à déterminer des troubles digestifs, de l'irritation stomacale et de la diarrhée. La noix vomique et la strychnine à petites doses ont une meilleure action en stimulant l'appétit et en augmentant l'action péristaltique de l'intestin.

L'esprit de Mindererus, la liqueur d'Hoffmann la teinture de cardamone, l'huile de cajeput peuvent combattre la tendance à la flatulence.

Enfin, si les symptômes de la dilatation apparaissent, on les combattra d'après les principes généraux en se rappellant que les médicaments qui s'adressent à la fibre cardiaque sont ici inutiles.

L. Jumon

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr COURTADE

Ancien interne des hôpitaux

Le nez normal et ses fonctions, par Mather (*Journ. of. eye, ear and throat diseases de Baltimore*, mars-avril 1902). — L'auteur rappelle les notions anatomiques courantes qui concernent les fosses nasales et divise les fonctions de cet organe en six classes : 1° Expression, 2° Goût, 3° Voix, 4° Olfaction, 5° Respiration, 6° Audition.

Le nez contribue largement à la physionomie de l'individu et à l'expression de certaines passions.

Quant au goût, il suffira de dire que bien des choses ne sont pas appréciées par le goût, mais par l'odorat pour montrer l'influence du nez sur ce sens.

C'est grâce au nez que certaines qualités de la voix sont obtenues; on connaît le timbre particulier de la voix dans l'obstruction nasale.

L'olfaction est un sens très important, mais dont l'appréciation est relative à l'individu car ce qui plaît à l'un peut être désagréable à l'autre ; il est moins développé chez l'homme que chez nombre d'animaux, et sa perte n'occasionne que peu d'inconvénients.

Le nez contribue à la fonction respiratoire ; il sature d'eau l'air inspiré et fournit ainsi 15 à 18 onces de vapeur d'eau par jour ; l'air est, de plus, échauffé par son passage dans le nez ; il est débarrassé des poussières qu'il contient grâce aux vibrisses et à l'épithelium cilié.

Il semble que les bacteries perdent, dans une certaine mesure, leur pouvoir infectieux, au contact du mucus nasal.

L'aspect de certaines parties des fosses nasales se modifie avec les conditions hygiéniques ; ainsi, quand l'air est froid, sec et impur, la muqueuse du cornet inférieur et de la tête du cornet moyen s'épaissit.

L'audition est aussi sous la dépendance du nez, à cause de la présence de la trompe d'Eustache, qui doit être normale pour permettre à l'air contenu dans l'oreille moyenne de se renouveler aussi souvent qu'il est nécessaire.

A. Courtade.

Traitement des tumeurs de l'éthmoïde, par Moure (*Journ. de Méd., de Bordeaux*, 29 juin 1902). — Il y a quelques années, Moure a préconisé l'ablation des tumeurs malignes des fosses nasales insérées sur le tiers ou la moitié inférieure, en intervenant par les voies naturelles.

Nombreux sont les cas où l'ablation des tumeurs, opérées par cette voie, a été suivie d'une guérison définitive.

L'observation suivante en est un exemple : M. X., âgé de 83 ans, va le consulter en décembre 1896 pour une obstruction de la fosse nasale droite qui a débuté il y a 2 ans et demi A l'examen on constate que la narine droite est bouchée par une tumeur mamelonnée, gris rougeâtre; à l'angle interne de l'œil droit, il existe une tuméfaction rouge, douloureuse à la pression. La tumeur se prolonge jusque vers la choane. En janvier 1887, l'auteur pratique l'ablation de la tumeur avec l'anse froide et la pince gouge, puis quelques jours plus tard complète l'opération. Au microscope la tumeur était un épithéliona cylindrique.

Un an et demi après l'intervention, le malade revient avec une récidive; à l'angle interne de l'œil on trouve une tumeur du volume d'un œuf de pigeon que l'on peut refouler dans la fosse nasale. Le 16 novembre 1898, Moure, intervient à nouveau par la voie nasale, à l'aide d'une large curette coudée.

Le point d'implantation sur la lame perpendiculaire est cautérisé.

En janvier 1899, nouvelle récidive dans le labyrinthe éthmoïdal; malgré une nouvelle intervention, des récidives surviennent et le malade succombe en mai 1900.

Il s'est donc écoulé près de 3 ans et demi depuis le premier acte chirurgical.

A. Courtade.

Traitement de l'otite moyenne aiguë suppurée, par Moure (*Journ. de Med. de Bordeaux*, 25 mai 1902). — Dans l'otite moyenne aiguë on peut admettre deux périodes : 1° celle où l'exsudat est encore séreux, séro-purulent ou hémorragique: 2° celle où le pus est formé.

Dans le 1er cas, si les douleurs ne sont pas trop vives, on pourra essayer d'obtenir la résolution par les bains d'oreilles émollients, les révulsifs sur l'apophyse mastoïde, les fermentations chaudes, les instillations d'acide phénique et de cocaïne.

Dans la 2e période, l'intensité des douleurs, l'apparition de symptômes généraux; fièvre, agitation, délire (enfants) et l'existence constatée objectivement du pus dans la caisse, il ne faut pas hésiter à pratiquer la paracentèse dans le segment antéro-inférieur.

Après l'ouverture du foyer, il faut continuer les bains d'oreilles, les fermentations chaudes; on pratiquera plusieurs fois par jour des injections avec de l'eau boriquée ayant bouilli ou avec une solution bicarbonatée, boratée, ou salée.

Maintenir un tampon d'ouate dans le conduit auditif, faire l'antisepsie du rhino-pharynx à l'aide d'inhalations chaudes, de vaseline boriquée et mentholée ou même avec des lavages.

Moure proscrit les insufflations d'air et les lavages par la trompe d'Eustache.

Lorsque l'écoulement diminue, les injections ne sont faites que deux fois par jour, puis une jusqu'à la guérison qui survient après 3 à 6 semaines.

Chez quelques malades, on peut, quand il y a indication, faire des pansements secs.

Dans tous les cas, il faut surveiller les complications du côté de la mastoïde, afin de pouvoir intervenir dès qu'elle se présente.

A. Courtade.

Ophtalmologie

Dr E. Kopff

Médecin oculiste de l'hôpital St-Joseph

Traitement de l'atrophie du nerf optique par les injections sous-cutanées de spermine de Pohl (*Ther. Mod. Russe*, n° 1, 1902). — Sneguireff publie un substantiel travail sur ce sujet très important.

Il injecte à ses malades une ampoule par jour (l'auteur n'indique pas la quantité de spermine contenue dans une ampoule). Les injections sous-cutanées ont été pratiquées dans la région dorsale. Avant, pendant et après le traitement, à des intervalles plus ou moins longs, on a pratiqué un examen complet de l'œil (acuité, perception des couleurs, champ visuel).

Les causes déterminantes de l'atrophie ont été établies aussi minutieusement que possible. Le nombre total des cas a été de 27, se répartissant ainsi : 16 cas de tabes; 11 cas d'atrophie secondaire du nerf optique; 2 cas d'alcoolisme; 2 cas de dégénérescence pigmentaire de la rétine; 2 cas d'atrophie consécutive à la névro-rétinite ; 1 cas consécutif à un érysipèle de la tête; 2 cas de syphilis; 2 cas où la cause n'a pu être établie.

Voici quels ont été les résultats obtenus :

Dans les atrophies secondaires il y a eu aggravation dans trois cas (2 syphilitiques et 1 alcoolique). L'acuité de la vue est restée la même dans 3 cas (1 cas d'atrophie consécutive à une névro-rétinite, 2 cas où la cause n'a pu être établie). L'augmentation de l'acuité visuelle de 0,1 a été notée chez deux malades (1 cas de dégénérescence pigmentaire de la rétine, 1 cas de névro-rétinite). L'augmentation de l'acuité visuelle de 0,1 à 0,2 a été obtenue chez 3 malades.

Le champ visuel s'est un peu élargi chez trois malades; chez trois autres il s'est rétréci davantage, chez les cinq autres il est resté sans modifications. Sur 16 tabétiques, l'acuité est restée la même et elle a augmenté chez les autres.

De ces constatations il résulte que :

1° On peut espérer par les injections de spermine Pohl augmenter dans 25 0/0 des cas l'acuité visuelle chez les tabétiques; on ne peut compter obtenir des résultats vraiment importants que dans les cas où l'on trouve encore une acuité suffisamment bonne, 0,5 environ;

2° Ce que nous venons de dire pour l'acuité visuelle s'applique aux modifications du champ visuel, bien qu'on n'ait pas observé de rapport direct entre ces deux sortes de modifications;

3° Le nombre d'injections doit varier entre 12 et 20.

On peut donc conclure en disant que les injections sous-cutanées de spermine Pohl peuvent être classées parmi les moyens utiles dans les atrophies du nerf optique.

Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer qu'à la suite des injections sous-cutanées de spermine Pohl, on a noté dans 2 cas une amélioration de la marche; d'autres améliorations ont été constatées, à savoir : amélioration des fonctions intestinales et de l'état général.

J. Roubleff.

Traitement du trachome par l'ichtyol. (*Med. Obsr.* n° 5, 1902). Quatre auteurs russes publient des recherches sur ce sujet. Nous allons les analyser les unes après les autres.

Verjbitzky a employé l'ichtyol en solution glycérinée aqueuse à 10-30 0/0 dans 7 cas de trachome à différents degrés. Il formule les conclusions que voici :

1° L'ichtyol guérit complètement le trachome aux 1er et 2e degrés : le traitement exige 2 à 5 semaines.

2° Dans le trachome au 3e degré, la guérison est obtenue dans la moitié des cas sans intervention chirurgicale : la durée du traitement est de 3 à 8 semaines.

3° Dans le trachome au 4e degré l'ichtyol n'exerce pas d'action efficace.

4° L'ichtyol présente l'inconvénient de provoquer une sensation de brûlure assez intense.

Kratjchencko a employé dans 8 cas des instillations avec une solution d'ichtyol un peu moins forte (10-20 0/0).

Dans quatre cas le trachome était compliqué de conjonctivite : dans deux autres, il y avait une ulcération de la muqueuse palpébrale supérieure.

Des instillations ont été pratiquées deux fois par jour pendant un mois environ. Chez trois malades on a été obligé d'interrompre le traitement par suite de phénomènes d'irritation très prononcés.

La douleur provoquée par les instillations a été très intense et a duré parfois de 10 à 15 minutes.

Le résultat obtenu n'a pas été très brillant; on n'est arrivé qu'à atténuer les phénomènes de conjonctivite et à diminuer les infiltrations; dans aucun cas la muqueuse n'a repris son aspect normal.

Tarassoff a employé l'ichtyol dans 80 cas sous forme d'instillations. La dose initiale a été de 10 0/0; ensuite elle a été portée progressivement à 40 0/0 et même à 50 0/0.

Résultat obtenu : diminution de la conjonctivite; dans des cas peu graves les follicules ont fini par se résorber complètement.

L'action de l'ichtyol a été très lente et parfois incertaine. Très souvent après un long traitement on n'est arrivé à obtenir qu'une amélioration presque insignifiante.

L'ichtyol présente d'après l'auteur l'inconvénient de provoquer une sécrétion muqueuse ou muco purulente.

Tarassoff estime que la méthode combinée par le sublimé et le massage exerce une action bien plus rapide et plus radicale.

Enfin le dernier auteur, Popoff, rapporte 30 observations. L'ichtyol a été employé sous forme d'instillations à 10 0/0-20 0/0.

Il estime que l'ichtyol est utile dans toutes les formes de trachome, même dans les cas chroniques, lorsque d'autres substances pharmaceutiques n'exercent pour ainsi dire pas d'action.

Dans les cas qu'il a observés, Popoff a constaté qu'on arrive à la guérison avec assez de rapidité.

Sur les 30 malades soumis au traitement, 17 ont parfaitement guéri après 4 mois de traitement.

C'est au début que l'ichtyol agit le mieux et le plus rapidement : la guérison survient en l'espace de 2 à 5 semaines; dans les cas de trachome sec la durée du traitement a été plus longue (6 semaines). Le traitement du trachome compliqué de catarrhe a duré de 1 à 2 mois.

L'auteur conclut en disant que l'application de l'ichtyol est simple, que ce dernier est facilement supporté par les malades et que les douleurs qu'il provoque ne durent pas longtemps et sont moins pénibles que celles provoquées dans les mêmes cas par le nitrate d'argent et le sulfate de cuivre. Il faut cependant tenir compte des cas d'idiosyncrasie où l'ichtyol provoque des douleurs intenses accompagnées parfois d'œdème de la conjonctive.

Dans un certain nombre de cas on a observé des hémorragies punctiformes de la conjonctive.

J. Roublef.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr Morel-Lavallée
Médecin des hôpitaux

Traitement de la gale, par Balzer (*Rev. int. de méd. et de chirurgie*, 10 mai 1902). — Le *traitement* de la gale comprend deux indications primordiales : 1° détruire l'acare; 2° guérir les diverses dermatoses auxquelles son existence a donné lieu.

La *cure rapide* est indiquée si le malade ne présente pas de lésions suintantes, s'il a une gale simple, non compliquée de suppuration ni d'excoriations. Si au contraire la peau est très irritée, s'il s'agit d'un eczémateux ou d'un strumeux, d'un sujet à peau fine et délicate, il sera préférable de recourir à un procédé de guérison un peu lent.

1° *Cure rapide*. — Friction au savon mou de potasse contenant habituellement une certaine quantité de craie ou de sable fin. Cette friction doit être générale et vigoureuse, durant 20 minutes;

2° Après cette friction, bain d'une heure pendant lequel le malade continue à se frictionner;

3° Friction avec la pommade soufrée de d'Helmerich, ainsi constituée ;

Soufre	2	parties
Sous-carbonate de potasse	1	—
Axonge	12	—

(L'axonge peut être remplacée par l'eau ou la glycérine).

Cette friction doit être prolongée pendant un quart d'heure à vingt minutes, et le malade garde la pommade jusqu'au lendemain. Il prend alors un bain tiède pour se débarrasser de la pommade, et le traitement est terminé. Le malade est guéri dans la majorité des cas.

La *frotte* donne en somme de bons résultats, et il est assez rare qu'on soit obligé de la réitérer deux et trois fois.

On a même proposé de réaliser ce même traitement en 2 ou 3 heures, en faisant une friction plus énergique et plus prolongée avec la pommade soufrée. Cette méthode est pénible : mieux vaut s'en tenir au traitement en 24 heures, employé à Saint-Louis.

Le traitement est un peu différent en ville et comporte un certain adoucissement : au lieu de savon noir, le malade peut se servir de savon de toilette, et ensuite se frotter avec la pommade d'Helmerich, qu'il garde pendant la journée et la nuit; le lendemain, il prend un bain. On peut donc se dispenser de cette friction énergique au savon mou de potasse, qui est très pénible pour les malades.

Lorsque la gale est compliquée de lésions cutanées, il sera nécessaire de faire un traitement préparatoire pour débarrasser la peau des croûtes dont elle est recouverte et tarir les sécrétions. On aura recours aux bains, aux pansements humides; lorsqu'il s'agit d'eczéma, particulièrement, appliquer les cataplasmes de fécule, la bande de caoutchouc, le nitrate d'argent, la pâte de zinc additionnée de styrax liquide ou de baume du Pérou.

La pommade suivante calme beaucoup le prurit :

Vaseline.....	ãã 20 grammes
Axonge.....	
Lanoline	
Oxyde de zinc.....	15 grammes
Baume du Pérou...	1 —
Menthol	0 gr. 25

A côté de la pommade soufrée classique, il existe d'autres agents parasiticides, par exemple :

Naphtol B.....	5 grammes
Savon vert.....	50 —
Vaseline	100 —
Graisse blanche.....	10 —

Cette préparation est aussi efficace que la pommade soufrée et en même temps moins irritante et moins pénible à supporter; elle rend de grands services, mais doit être complètement bannie du traitement de la gale chez les enfants et surtout les nouveau-nés.

On a préconisé, principalement depuis ces dernières années, le traitement par les baumes, associés de la façon suivante :

Baume du Pérou....	ãã 50 grammes
Styrax liquide.....	

Cette combinaison est certainement beaucoup trop énergique. On a signalé en effet des empoisonnements — même mortels —, soit par le baume du Pérou employé seul, soit par le styrax. Il ne faut donc pas employer ces substances sans les additionner d'une grande quantité de vaseline ou d'huile :

Styrax liquide.....	30 grammes
Vaseline.....	100 —
Huile d'olives..	100 —

On peut également se servir d'un procédé très propre et très agréable pour certains malades, qui consiste à incorporer le baume du Pérou dans l'alcool.

Baume du Pérou.....	10 grammes
Alcool.....	190 —

L'auteur recommande en outre la formule de Wilkinson dont il s'est bien trouvé :

Axonge	ãã 40 grammes
Savon noir.....	
Soufre	ãã 20 grammes
Huile de cade.....	

Une friction matin et soir, pendant trois ou quatre jours. Le cinquième jour, un bain.

On évitera autant que possible l'emploi du naphtol; et on sera prudent dans les applications du baume du Pérou et même du styrax qu'on emploie de préférence chez les enfants. Chez les albuminuriques, ces substances détermineraient une exacerbation de la néphrite.

E. Vogt.

Deux cas de lupus vulgaire traités avec succès par l'urée pure et par la photothérapie par M. Edward Swales, (*The Lancet*, 8 mars 1902). — Le premier cas se rapporte à une femme de 30 ans qui présentait, à la figure, un lupus, de vieille date, s'étendant d'une oreille à l'autre, en passant par-dessus le nez et la lèvre supérieure; les tissus mous et incolores de cette région étaient envahis par l'ulcération. De part et d'autre de la tête, les ganglions étaient hypertrophiés, particulièrement dans les régions sous-maxillaire et cervicale. On pouvait même noter du ramollissement et de la fluctuation dans quelques ganglions. Le malade était incapable de respirer par le nez, à cause de l'obstruation des voies nasales par le pus et le mucus mélangés. L'état général était faible, le cœur normal et les poumons sains, exception faite pourtant du sommet droit de l'un de ces poumons, qui semblait of

frir quelques points de matité. M. Swales administra l'urée, à la dose de 1 gr. 50, trois fois par jour et continua le traitement par l'huile de foie de morue et l'extrait de malt associés. La malade arriva à prendre près de 8 grammes d'urée par jour et se releva de son anémie. Elle fut soumise plusieurs fois à l'action des rayons de Roëntgen, et au bout de quelques séances, la rougeur de son lupus disparut, ainsi que les ulcérations nodulaires qui les compliquaient.

M. Swales obtint encore par le même traitement un succès semblable chez une malade de 30 ans qui fait l'objet de la seconde observation.

Cette femme avait un lupus de la face, très étendu et très ulcéré. Tous les ganglions des territoires cervical, sous-maxillaire et sus-claviculaire paraissaient considérablement hypertrophiés et en voie de ramollissement. L'auteur commença à traiter la plaie ulcéreuse avec une solution de chinosol et fit prendre à cette malade 1 gramme à 1 gr. 50 d'urée, trois fois par jour. Il associa à cette médication l'huile de foie de morue et l'extrait de malt, et complèta le traitement par la photothérapie. La malade parvint à absorber, trois fois par jour, plus de 8 grammes d'urée, sans qu'il eût été possible de décèler dans l'urine une quantité d'urée plus élevée que celle qui existe à l'état normal (1,7). L'ulcération du lupus guérit facilement et fit place à une cicatrice molle et blanchâtre.

M. Swales fait remarquer qu'il a l'habitude d'employer pour la photothérapie de ces lésions des tubes Crookes donnant une longueur d'étincelle de 10 à 12 centimètres; il ne fait agir la lumière de son tube qu'à une distance de 5 à 6 centimètres, pendant 7 minutes. Jamais il n'eût à déplorer des accidents de dermatite ou des brûlures sur les tissus sains. En second lieu, l'auteur attire l'attention sur la durée relativement courte du traitement, et sur la nature insignifiante des troubles qui en sont la conséquence. Il rappelle que par la médication de l'urée autant que par l'action des rayons Rœntgen, les malades recouvrent un bon état de santé général, et n'ont pas ces cicatrisations à peau épaisse et plissée que présentent les cicatrisations faites, en général, par les vieilles méthodes de scarification.

R. Blondel.

Epithélioma compliquant un lupus érythémateux : traitement par le grattage et les rayons X, (*Brit. Med. J.*, 3 mai 1902). — M. Stopford Taylor relate le cas d'un individu atteint de lupus et d'épithélioma de la lèvre inférieure. La tumeur fut excisée une première fois en 1892, puis cautérisée en 1893 avec la potasse. La récidive se produisit en 1901 et l'auteur résolut d'appliquer les rayons X après avoir enlevé la tumeur avec la curette. Pour n'agir que sur les surfaces malades pendant l'exposition aux rayons X, le reste de la figure fut protégé par un masque de plomb. Une application de dix minutes fut faite tous les jours pendant sept semaines. Pendant ce temps l'épithélioma nouvellement formé avait disparu.

Le traitement fut continué pendant 5 minutes par jour, puis seulement deux fois par semaine jusqu'en octobre, époque à laquelle le nez fut complètement guéri.

L. Jumon.

Traitement médical du lupus, par le Pr Ehrmann (*Société des médecins de Vienne*, 13 juin 1902). — L'auteur a appliqué sa méthode de traitement à un individu âgé de 40 ans atteint d'un lupus occupant les deux joues, le nez, l'oreille, les lèvres supérieure et inférieure. Cette méthode consiste à recouvrir les places malades toutes les douze heures avec une pâte contenant 33 0/0 de résorcine. Les masses lupiques sont transformées dans leurs couches supérieures en une masse grisâtre mortifiée. Lorsque le travail de mortification s'est étendu en profondeur, on peut facilement enlever le tissu avec une curette tranchante. Le curettage, comme la désagrégation du tissu, est complètement indolore, et à ce point de vue la pâte à la résorcine mérite la préférence sur les autres pâtes caustiques, arsénicales, pyrogallique, etc. De temps en temps on laisse l'épiderme se reformer pendant quelques jours en appliquant une pommade boriquée, afin de se convaincre de cette manière des progrès du traitement. On a réussi ainsi à faire disparaître le lupus et il s'est produit une cicatrice blanche, molle, n'ayant pas amené de rétraction du côté de la bouche et sans qu'il y ait eu trace de récidive depuis plusieurs années. Aujourd'hui on voit au bord de la cicatrice sur la joue droite, deux petites nodosités qui seront rapidement enlevées, de sorte qu'on a obtenu ici un effet qui peut être mis en parallèle avec la photothérapie. La méthode a le grand avantage de pouvoir être appliquée partout sans grand appareil.

L. Jumon.

Conditions mécaniques créant une prédisposition au lupus des muqueuses (*Therap. Monatshefte*, mai 1902). — Hollaender rappelle qu'on a souvent déjà trouvé des bacilles tuberculeux dans les narines de sujets sains : en cas de rhinite, ces bacilles peuvent s'inoculer dans les replis mal ventilés d'une narine obstruée. Il semble évident que la suppression de la res-

piration nasale crée un milieu favorable au développement de la tuberculose de la muqueuse, qui, à son tour a pour conséquence le rétrécissement de la fosse nasale atteinte.

L'auteur a pu constater dans une série de cas de lupus des fosses nasales, qu'en rétablissant le libre passage de l'air dans la narine sténosée (le processus est presque toujours unilatéral), on obtient des améliorations, voire même des guérisons. L'évolution naturelle du lupus qui se termine souvent par l'élimination par nécrose du septum par exemple, provoque, en rétablissant la respiration nasale, une régression de processus lupique résistant jusque-là à toutes les médications : l'auteur dispose de plusieurs observations de ce genre. Inversement, on peut, en produisant un rétrécissement artificiel dans une narine atteinte de lupus (rhinoplastie, p. ex.), assister à l'évolution d'une récidive cutanée du lupus.

E. Vogt.

Traitement mercuriel général de la syphilis, par G. Frank Lydston (*Medical News*, janvier 1902). — L'auteur a remarqué que la médication spécifique n'est pas toujours suffisante pour tous les cas de syphilis, et pense que souvent, il est nécessaire d'y adjoindre un traitement général, adapté au cas particulier que l'on a à traiter. Le protoiodure de mercure et l'iodure de potassium ne donnent pas toujours les effets qu'on en attend; aussi en attribue-t-on l'échec à une idiosyncrasie du sujet; mieux vaudrait dire qu'on en ignore la cause. Lydston croit que dans ces cas il s'agit plutôt d'un trouble de l'élimination, et il est facile d'éviter cet inconvénient en diluant l'iodure dans une grande quantité d'eau. Ainsi, ce médicament pourrait être absorbé en solution étendue (1 à 2 litres d'eau), plusieurs fois par jour.

Les bains chauds et les bains froids (bains russes et bains turcs) seront conseillés afin de faciliter l'absorption et l'élimination du mercure et de l'iodure. Les malades prendront des laxatifs, toutes les fois qu'ils se plaindront d'une salivation trop abondante, conséquence de la constipation, et dans les cas de diarrhée, auront recours aux frictions, aux injections, ou au tannate de mercure par voie buccale.

L'auteur fait remarquer que, très souvent, on observe chez les malades des troubles digestifs dus à l'absorption du mercure. Il sera nécessaire de rechercher parmi les composés de ce sel celui qui peut être le mieux toléré, et si on ne réussit pas, il faudra prescrire les injections hypodermiques ou les frictions. M. Lydston, dans certains cas où les troubles digestifs persistaient, malgré ces modifications, a ordonné avec succès la pepsine pure ou alliée au phénol. Et dans d'autres cas, caractérisés par des lésions spécifiques localisées aux muqueuses, où le traitement spécifique semblait être nul, a pu juger des excellents résultats du chlorate de potasse, à la dose de 60 centigrammes, dilués dans beaucoup d'eau, quatre fois par jour.

Enfin, la lécithine, le quinquina et le méthylarsinate disodique constituent les meilleurs toniques à prescrire pour l'état général du malade, et, en général, ajoutent, à l'action du traitement spécifique, un effet très remarquable.

R. Blondel.

Utilité de l'association d'un traitement par les frictions mercurielles et d'un traitement par les eaux sulfureuses (*Discussion à la Société balnéologique allemande de Stuttgardt*, 7-12, mars 1902). — Le Pr Liebreich estime que si l'on veut associer à une cure par les frictions hydrargyriques un traitement balnéaire, il n'est pas indispensable de s'adresser à des eaux sulfureuses : les eaux salines par exemple donnent des résultats tout aussi efficaces. Ces dernières ont, du reste, le grand avantage de favoriser notablement l'élimination du mercure, car elles activent les fonctions rénales. L'efficacité du traitement balnéaire ne doit donc pas être attribuée à des réactions chimiques s'effectuant entre le soufre et le mercure, mais à des actions physiques se terminant par une exagération de l'élimination : il se passe là ce qui se passe quand on associe les iodures au mercure. Des combinaisons entre le soufre et le mercure ne peuvent s'obtenir que très difficilement quand le mercure est déjà combiné a des albuminoïdes : de nombreuses expériences *in vitro* ont démontré ce fait, et il est fort probable que dans l'organisme le même phénomène se produit.

Néanmoins, l'orateur estime qu'il faut continuer à envoyer les syphilitiques aux eaux sulfureuses, car cette spécialisation présente l'avantage de ne pas nuire aux malades et débarrasse les autres stations de la présence de patients qui pourraient en éloigner les autres.

Vollmer se déclare d'accord avec Liebreich : il faut abandonner l'opinion ancienne qui attribuait aux eaux sulfureuses une action mystérieuse, provocatrice pour ainsi dire, permettant de déceler des reliquats spécifiques ignorés. Les eaux sulfureuses agissent, comme beaucoup d'autres eaux, en favorisant les échanges intraorganiques.

Nous possédons du reste aujourd'hui, dans la méthode des injections hydrargyriques, une arme bien autrement efficace, dans les cas graves, que la méthode des frictions.

Winckler a constaté que des malades qui ne supportaient pas les frictions à domicile, les supportaient fort bien au cours d'un séjour dans une station sulfureuse, même à doses très élevées. On voit couramment à ces stations des syphilitiques supporter des doses de 9 gr. d'onguent napolitain par jour, sans qu'aucune salivation ne soit observée. L'orateur, croit que des résultats de ce genre ne peuvent s'expliquer que par des actions chimiques intraorganiques.

Comment, d'un autre côté, expliquer ce fait curieux, que dans le monde entier les syphilitiques se rendent en foule dans les bains sulfureux ? Une pareille unanimité doit avoir sa raison d'être. L'orateur qui exerce à Nenndorf, se sert du reste aussi de la méthode des injections, et a toujours pu reconnaître que le traitement mercuriel, quel qu'il soit, est admirablement supporté dans cette station sulfureuse.

E. Vogt.

Le traitement du bubon, par M. A.-H.-P. Leuf (*Medic. Council*, décembre 1901). —Le traitement du bubon doit être préventif et curatif. Si le bubon est d'origine syphilitique, la médication spécifique est indiquée.

Dès que le bubon aura été constaté, on en fera l'ouverture et on en pratiquera la cautérisation avec l'acide nitrique ou avec le thermocautère, après anesthésie par la cocaïne ou par l'acide phénique. On conseillera le repos, afin d'éviter la suppuration, et comme pansement, on aura recours à une pommade à base d'ichthyol, associé à de l'extrait fluide de belladone et à de la teinture d'aconit. Enfin, on fera des applications de teinture d'iode tout autour des ganglions tuméfiés.

Si la suppuration s'est déclarée, il faudra prescrire le sulfure de calcium qui est le médicament le plus efficace dans ces cas-là, à la dose de 0 gr. 005, toutes les heures, trois ou quatre fois par jour. On fera de préférence l'excision des ganglions, toutes les fois que la suppuration sera trop abondante. Ainsi, un bubon sera traité comme une plaie suppurée ordinaire par les lavages au permanganate de potasse ou à l'acide phénique (de 5 à 10 0/0), ou par les badigeonnages au baume du Pérou. Le traitement mercuriel devra être, de très bonne heure ordonné au malade souffrant de bubons syphilitiques.

R. Blondel.

Maladies des Voies urinaires

Dr Chevalier,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

Inversion complète de la vessie (*Société de chir.*, 4 juin 1902). — Chez une femme opérée pour une tumeur indéfinie de l'urèthre, M. Picqué a eu l'occasion d'observer un mois plus tard une grosse tumeur irréductible occupant le vestibule. Incontinence d'urine, crises douloureuses, pas de meat urinaire, mais par contre deux orifices qui n'étaient autres que ceux des urètères.

Laparotomie qui permit de faire la réduction de la vessie retournée et sa fixation à l'utérus, suivie elle-même d'une hystéropexie ordinaire. Il semble bien que ce fait presque unique ait eu pour cause les tiraillements opérés sur l'organe par la cicatrice opératoire, qui s'était rétractée à la suite d'une large perte de substance nécessitée par l'ablation de la première tumeur avec emploi du thermocautère.

A. Benoit.

Ablation des trois lobes de la prostate par la cystotomie sus-pubienne, (*Medical Record*, 17 mai 1902). — M. L. Gibson a pratiqué cette opération chez un homme de 62 ans qui éprouvait de la difficulté croissante d'uriner depuis six ans. La miction avait lieu goutte à goutte. Le toucher rectal fit découvrir une augmentation considérable des deux lobes latéraux de la prostate. Souvent on constate dans la vessie une quantité résiduelle d'urine de 450 cc. Il n'existait pas de lésion rénale. On fit la prostatectomie par la méthode d'Alexander, mais au premier temps, on constata la saillie considérable de la prostate dans la veine; ce qui décida l'opérateur à enlever les portions hypertrophiées directement par cette voie. La muqueuse vésicale fut incisée sur l'orifice de l'urètre, le doigt put alors être facilement glissé autour de la prostate, de sorte qu'en quelques secondes tout l'organe fut énucléé en masse sans qu'il en résultat une hémorragie. L'opération fut complétée par l'adjonction d'une boutonnière périnéale pour le drainage. Le résultat promettait d'être favorable car il n'y eut pas de réaction. Le pansement fut enlevé le quatrième jour, on fit un lavage de la vessie et dès lors, le malade, avec une température normale urina librement. Mais il arriva que six heures plus tard le patient mourut subitement sans symptôme particulier. Gibson publie ce cas pour montrer combien il est facile d'enlever complètement la prostate, sans destruction de tissu, ni hémorragie.

L. Jumon.

De la prostatectomie périnéale médiane ; ablation totale de la glande, par M. A. F. Ferguson, (*Journal of the American Medical Association*, 22 février 1902). — M. Ferguson mentionne six cas de prostatectomie périnéale médiane, et fait valoir les avantages de ce procédé opératoire : 1° La prostatectomie périnéale médiane est la voie la plus directe pour arriver sur la prostate ; 2° Elle évite de blesser la vessie; 3° Elle est beaucoup plus facile que la prostatectomie sus-pulienne, même quand la prostate a été, à plusieurs reprises, envahie par le processus inflammatoire ; 4° Elle permet l'extirpation de la glande, morceau par morceau, à travers une petite ouverture, sans risque de déchirer les parties environnantes ; 5° Elle s'accompagne rarement d'hémorrhagie, du moins, toutes les fois qu'elle est faite en dedans de la capsule. Dans la prostatectomie sus-pulienne, ou sans la méthode combiné, l'hémorrhagie est souvent très alarmante, et, de plus, l'infection est un grand danger à redouter, à cause de l'écoulement du pus ou d'urine fétide qui peuvent venir en contact avec les tissus prévésicaux ou avec les surfaces laissées à vif à l'intérieur de la vessie ; 6° Cette opération permet encore un drainage périnéal plus complet, et ne se complique presque jamais de septicémie ; 7° Enfin, en prenant moins de temps que la prostatectomie sus-pubienne, et en rendant la période d'ànesthésie beaucoup plus courte, elle diminue le shock et le danger d'urémie.

R. Blondel

Opération de Freyer ou ablation de la prostate hypertrophiée (*The Brit. méd. J.* 31 mai 1902), — M. William Thompson et M. John Smith relatent chacun un cas d'énucléation de la prostate suivie de succès chez des sujets atteints d'hypertrophie prostatique avec symptômes graves. Le premier de ces auteurs qui, comme Smith recommande beaucoup cette opération, fait à son sujet plusieurs remarques. On a d'abord décrit comme capsule entourant la prostate plusieurs choses différentes, ce qui jette quelque confusion dans les observations publiées. Il existe bien d'abord une capsule propre fournie par le fascia recto-vésical et décrite par Henry Thompson, mais d'autres auteurs ont dans leurs observations donné comme capsule la couche de tissu prostatique qui reste dans certains cas lorsqu'on a énucléé un adénome volumineux. Enfin le terme s'applique encore à la partie normalement réfléchie du fascia recto-vésical.

Est-il possible d'enlever complétement la prostate? M. Thompson répond affirmativement à cette question. S'il est très difficile d'enlever complétement une prostate, même sur le cadavre, il n'en est plus de même dans les cas pathologiques, et dans certains cas on a pu énucléer complétement la prostate avec les canaux éjaculateurs et l'urèthre prostatique, sans aucun inconvénient pour les opérés. Mais souvent dans l'énucléation, c'est le tissu adénomateux qui est enlevé et il reste un plan de tissu prostatique comprimé en lame aplatie par la production pathologique.

Fait curieux dans l'observation de Thompson, le prurit anal insupportable dont souffrait depuis longtemps son malade, a disparu complétement après l'opération.

L. Jumon

Traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate (*Medical Record*, 17 mai 1902). — M. Bransford Lewis pense que l'on doit choisir les modes opératoires suivant les indications fournies par les cas, et que l'opérateur ne doit pas appliquer indifféremment dans tous les cas le procédé qui a sa préférence. Voici, d'après l'auteur, les conditions qui sont favorables pour chacune des opérations proposées actuellement contre l'hypertrophie de la prostate.

1° *Cas favorables à la voie sus-pubienne.* — Ce sont ceux dans lesquels l'hypertrophie de la prostate est générale, avec projection extrême du lobe médian ou des lobes latéraux dans la cavité vésicale, en même temps que l'accessibilité de la prostate par la voie périnéale est diminuée. Ce sont encore les cas dans lesquels il existe un pédicule marqué des tumeurs intravésicales, avec absence d'obstructions dues à d'autres causes.

2° *Cas favorables à la voie périnéale.* — Cas d'hypertrophie générale portant sur les lobes latéraux, sans projection considérable dans la vessie; saillie transversale plus ou moins épaisse; compression étroite de l'urèthre entre les lobes latéraux volumineux; développement excessif de la prostate dans la direction du rectum; dans la plupart des cas où la santé du patient a conservé de bonnes conditions générales, si le malade n'est pas trop âgé et s'il n'existe pas d'indication spéciale pour une autre méthode opératoire.

3° *Cas favorables à la méthode de Bottini.* — Ce sont les cas d'affaiblissement extrême ou déjà très avancé incapables de supporter des des opérations plus graves; les cas d'obstruction sénile médiane, lorsque l'obstacle n'a pas de trop grandes dimensions. Howitz prétend qu'on doit l'employer comme traitement prophylactique contre les tendances à l'obstruction lorsqu'on commence à se servir du cathétere. Lorsque la formation du collier est complète.

L. Jumon.

Prostatectomie sus-pubienne (*New-York Med. J.*, 24 mai 1902). — M. Floyd Willcox est convaincu que la prostatectomie précoce contre l'hypertrophie de la prostate est l'opération de l'avenir, et il croit qu'au lieu de recourir au traitement palliatif, à la fistule sus-pubienne, à l'ablation du cordon ou du testicule, il vaut mieux recourir de bonne heure à la prostatectomie complète par la voie sus-pubienne ou par la voie périnéale.

Il commence par inciser la muqueuse et la capsule externe de la prostate sur le point le plus saillant de chaque lobe et enlève chaque lobe séparément. Il introduit alors une sonde et place un tube à drainage au-dessus du pubis. La vessie est alors fermée autour du tube, les plans de la paroi abdominale sont soigneusement réunis, en plaçant, dans la vessie une bande de gaze qui est enlevée de vingt-quatre à quarante-huit heures après l'opération, lorsque les tissus se sont resserrés autour du tube et que l'urine ne peut plus s'échapper. Dans deux des cas rapportés il n'y a eu aucun suintement de l'urine autour du tube dès les premières heures. Le drainage a été parfaitement assuré et les lavages de la vessie ont été pratiqués avec une grande facilité. Le cathéter laissé dans l'urètre n'a produit qu'une irritation très légère sitôt après l'opération, le malade est délivré de ses souffrances, souvent le calmant et les hypnotiques sont inutiles. Le choc opératoire est très léger et la réaction fébrile est presque nulle. L'hémorrhagie dans les quatre observations relatées n'a pas été difficile à combattre. L'urine était dirigée dans un urinal ordinaire et l'opéré pouvait à volonté se coucher sur le dos ou sur les côtés. Jusqu'à présent ces résultats thérapeutiques donnés par l'opération se sont maintenus.

L. Jumon.

Considérations pratiques sur l'épididymite blennorrhagique (*Deutsche Praxis* 10 avril 1902). — Le Clerc Dandoy recommande, pour le traitement local de l'épididymite, le pansement humide permanent imbibé d'une solution chlorurée sodique stérilisée. L'emploi de la glace a trop souvent pour conséquence la formation d'indurations provoquant l'oblitération des canaux déférents.

Quant les douleurs violentes du début ont cédé, on prescrit au malade 4 à 5 bains de siège par jour (40 à 45°, durée 15 à 20 min.), et on continue les compresses humides.

Dès que la sensibilité a diminué au point de permettre un léger massage, on fera des frictions avec des onguents résolutifs, deux fois par jour, après le bain, pendant 15 minutes.

Teinture d'iode.....	1	gramme
Iodure de potassium....	2	—
Vaseline.....	20	—

A l'intérieur, 1 gramme d'iodure de potassium par jour.

En se tenant à ces prescriptions, on arrivera beaucoup plus sûrement que par les autres méthodes à obtenir une régression satisfaisante des infiltrations inflammatoires et une *restitutio ad integrum* irréprochable.

E. Vogt.

Quelques observations sur la thérapeutique de la gonorrhée et la thermothérapie en général par le Dr Oton Efferetz (*Bolltin del Conséjo superior de salubridad Mexique*, n° 2-1901). — Ayant vu dans une clinique, en Allemagne un malade, atteint de fièvre typhoïde grave et de gonorrhée chronique, guérir en deux jours de sa chaudepisse sans traitement spécial malgré le champagne qu'il buvait, l'auteur a eu l'idée de faire des expériences sur ce sujet et de voir s'il y avait une relation entre la typhoïde et le gonocoque ou bien si on arrivait aux mêmes résultats avec d'autres maladies infectieuses et fébriles, ou enfin s'il s'agissait d'une sorte de lutte entre les microbes de la blennorrhagie et ceux des autres infections.

L'auteur exerçant dans une contrée où le paludisme est endémique et où par contre la fièvre typhoïde n'existe pas, a pu voir plusieurs cas de gonorrhée guéris au cours d'un accès de paludisme. L'auteur incline donc à chercher la cause de ces guérisons, non dans l'élément variable (gonococcus dans quelque cas et bacille d'Eberth dans un autre) mais dans l'élément fixe qui est la température.

A l'appui de cette manière de voir il cite plusieurs expériences : 1° une chaudepisse datant de quatre mois et résistant à tous les remèdes et pansements fut guérie en cinq jours par l'emploi de la méthode de Guyon, avec la variante qu'au lieu d'utiliser à l'état tiède une solution de permanganate de potasse à 1 : 60.000, il a employé une solution très chaude ; 2° Blennorragie aiguë guérie en cinq jours par les mêmes injections ; 3° gonorrhée chronique de deux ans guérie en cinq jours par le procédé indiqué.

L'explication théorique de cette thermothérapie est probablement la suivante ; les gonocoques meurent à une température qui ne détruit pas les cellules de la muqueuse de l'urèthre : ainsi s'explique la rapidité de la guérison. La température élevée se propage en outre rapidement dans les tissus, tandis que les agents chimiques, comme le permanganate ne

peuvent exercer leur action dans la profondeur sans détruire les couches superficielles.

La thermothérapie est applicable, dit l'auteur à tous les cas dans lesquels le maximum de la température vitale des tissus attaqués par les microbes est plus élevé que le maximum de la température vitale des dits microbes. Dans tous les autres cas la thermothérapie n'est pas applicable.

F. Berini.

La guérison radicale de l'hydrocèle par de faibles (10 à 15 centigrammes) injections d'acide phénique par MM. William B. Coley et Preston A. Satterwhite (*The New-York Medical Journal*, 29 mars 1902). — Les auteurs rappellent que le traitement de l'hydrocèle se fait, soit par la méthode des injections antiseptiques, soit par la méthode d'inversion de la vaginale, suivant les procédés de Doyen ou de Winkelmann. La seconde méthode n'a pas été expérimentée par ces auteurs qui ont eu l'occasion durant 10 années (1891-1900) de voir à l'hôpital 2.214 cas d'hydrocèle dont 103 chez la femme, 613 chez l'homme et 1.603 chez l'enfant. M. W. Coley et Satterwhite ont seulement pratiqué les injections d'acide phénique à la dose de 1 gramme et 1 gramme et demi, (par injection), jusqu'à l'année 1899. Ce n'est qu'à partir de cette année qu'ils eurent recours à l'injection unique à faible dose (10 à 15 centigrammes), et remarquèrent que dans un grand nombre de cas la guérison survenait, chez l'adulte, après une seule injection. Chez l'enfant, l'application quotidienne de teinture d'iode et de teinture de belladone suffit d'ordinaire pour faire disparaître l'hydrocèle.

Le succès de la guérison radicale de l'hydrocèle par une seule injection de solution phéniquée, à faibles doses réside en ce fait que cette solution ne doit pas être saturée et ne doit pas provenir de cristaux d'acide phénique dilués.

Les auteurs rappellent la technique de la méthode des injections au moyen du trocart et de la canule, après évacuation du liquide de l'hydrocèle, et notent que la méthode qu'ils emploient est celle préconisée par M. Lewis. Cette méthode est rapide, amène la guérison en 10 jours, et jamais n'a provoqué le moindre des accidents que l'on incrimine aux solutions d'acide phénique, généralement, trop fortes. La méthode de Bergmann, qui consiste à faire la résection de la tunique superficielle de la vaginale, est excellente, mais elle ne peut pas être effectuée en moins de 8 à 10 minutes.

R. Blondel.

Chirurgie de l'uretère, par M. Werder (*Amer. Med. Assoc.*, 10 juin 1902). — Sur plus de 1.500 laparotomie abdominales, l'auteur a relevé quatre fois la lésion des uretères. Dans trois de ces cas on fit une implantation immédiate de l'uretère dans la vessie avec deux succès ; dans le troisième cas où les deux uretères étaient lésés, la malade urina par le vagin, le cinquième jour, la vessie restait parfaitement pleine. La partie supérieure du vagin était dans la suite devenue un diverticulum de la vessie.

L. Jumon.

Symptômes et traitement de la pyélite aiguë de l'enfance par le Dr John Thomson (*The Lancet*, 24 mai 1902). — Les enfant observés par l'auteur étaient tous des filles âgées de 7 mois 1/2 à 20 mois. Dans six cas sur les huit observés la santé antérieure avait été excellente, dans deux, il existait de la dyspepsie et du rachitisme. L'influenza avait précédé la pyélite dans deux cas. La maladie avait généralement débuté par une élévation ds température faisant craindre une pneumonie ou l'influenza, et accompagnée de frissons dans la moitié des cas. La température fébrile était plus ou moins rémittente. L'auteur a noté des excoriations de l'anus et parfois de la vulve, de la sensibilité de la région des reins. L'urine était toujours acide, légèrement albumineuse sans cylindres, et contenait toujours du pus en grande quantité. Les bacilles étaient nombreux et les cultures de l'urine donnèrent le colibacille à l'état de pureté. L'urine contenait encore de grandes quantités d'acide urique et d'oxalates. La cause de l'affection des bassinets est le colibacille qui pénètre soit par les lymphatiques, soit surtout par l'urèthre. Le pronostic est favorable.

Sous l'influence du traitement, la maladie s'améliore rapidement au point de vue de la température et des symptômes, mais il faut plusieurs semaines avant que le pus disparaisse de l'urine. Le principal traitement, le seul qui soit essentiel consiste à rendre l'urine neutre par l'administration des alcalins. Thomson donne le nitrate de potasse à larges doses avant que l'urine perde son acidité, 1 gr. 50 peut suffire dans les cas les moins sérieux, mais généralement il faut former la dose jusque 2 grammes ou 2 gr. 50. A cette dose, le médicament est très efficace, mais il amène souvent une certaine dépression. La témpérature devient subnormale et les enfants sont abattus et ont des nausées. Il n'en résulte aucun inconvénient, il peut même survenir une rechute si on cesse trop tôt le traitement. Les antiseptiques seuls ne sont pas très efficaces, mais donnés avec les alcalins, ils sont d'utiles adjuvants. Le salol agit bien, l'urotropine est moins active ; Baginsky a trouvé la créosote très utile. Holt a

essayé la quinine à hautes doses mais avec un faible résultat.

L. Jumon

Le traitement chirurgical de la maladie de Bright (*The New-York med. J.*, 17 mai 1902). — M. Ramon Guitéras relate trois observations de néphrite dans lesquelles il est intervenu. Dans le premier cas, un homme de 79 ans est atteint de troubles qui sont attribués à l'hypertrophie de la prostate, mais qui dépendent plutôt d'une néphrite chronique, car la vessie est à peu près normale. Tous les symptômes disparurent après l'incision de la capsule de chaque rein. Dans le second cas, femme de 35 ans, atteinte de symptômes de maladie de Bright, albuminurie intense et rein flottant. Nephropexie, décapsulation, amélioration progressive de son état dans la suite. Troisième observation, femme de 44 ans, œdème des jambes, 3 grammes d'albumine par litre. Incision sur chaque rein. L'opération dut être interrompue en raison des accidents causés par le chloroforme. L'auteur estime qu'il faut être très sévère dans le choix des malades que l'on destine à une opération, car toute néphrite chronique n'entraîne pas une indication opératoire Il termine son travail par les conclusions suivantes :

1° La néphropexie est toujours une opération indiquée et donnant de bons résultats dans les cas de rein flottant chez un patient souffrant de néphrite chronique;

2° La néphrotomie est une bonne opération dans la néphrite chronique unilatérale compliquée d'hématurie et de néphralgie;

3° La valeur thérapeutique de la décapsulation complète des reins comme moyen de traitement dans la maladie de Bright chronique n'a pas encore été déterminée, car le procédé n'a pas été assez souvent employé pour qu'on puisse donner des conclusions positives.

L. Jumon.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL,

Chef du Laboratoire de la Maternité,
à l'hôpital de la Charité

Traitement non opératoire des rétrodéviations de l'utérus, par M. Davenport (*Société américaine de gynécologie*, 27 mai 1902). — Dans ce travail, l'auteur étudie trois points : les méthodes non opératoires de traitement, les indications de leur emploi, enfin les résultats qu'elles donnent.

La seule méthode de traitement non opératoire est le pessaire. Le massage, l'électricité et le traitement tonique général ne sont pas à proprement parler des méthodes, mais simplement des adjuvants. Le choix ne peut être fait qu'entre l'opération et le pessaire. Ce dernier a été négligé et laissé dans l'ombre par suite du développement des méthodes chirurgicales. Il existe cependant des cas qui sont bien adaptés au traitement par les pessaires. Ce sont d'abord ceux de simple rétroversion sans complication, qui n'ont probablement qu'une courte existence; en second lieu, la rétroversion qui succède à un accouchement; enfin les cas compliquant la neurasthénie dans lesquels il faut ajourner l'opération.

Le traitement par les pessaires n'est pas applicables aux jeunes filles, aux cas compliqués de déchirures, ou aux cas datant de longtemps dans lesquels il s'est produit des modifications secondaires dans la circulation de l'utérus. Beaucoup de malades qui devaient être opérées refusent l'opération et choisissent le pessaire. Quelles sont alors les chances de guérison? D'après les statistiques de l'auteur, un tiers des cas traités par les pessaires arrive à la guérison anatomique ou symptomatique lorsque le pessaire a été porté pendant un an ou deux. Dans les cas où l'on fait une sélection, la proportion est beaucoup plus grande. Ces succès supposent une étude et une surveillance spéciales des cas.

Les seuls déplacements qui ont besoin d'être corrigés sont le prolapsus et les rétrodéplacements; ceux-ci peuvent être corrigés par une ou deux variétés de pessaire.

L. Jumon.

De l'utilité du pessaire, par M. George W. Kaan (*Annals of Gynecology and Pediatry*, décembre 1901). — L'auteur fait valoir les avantages d'un bon pessaire, dans certaines déviations de l'utérus, et pense que plusieurs affections utérines peuvent guérir absolument par un traitement médical, général et local, associé au massage et au port du pessaire. Mais il existe un grand nombre de rétro-déviations, s'empresse d'ajouter M. Kaan, où l'application du pessaire, à cause de l'état inflammatoire ou congestif de l'utérus, devient tout à fait illusoire, et doit même être contre-indiqué. Ces cas comprennent tous ceux où la malade ne peut supporter le pessaire, soit parce que l'utérus est très sensible ou en subinvolution, soit parce qu'il existe des adhérences ou des bandes cicatricielles ou une tumeur qui fait basculer lourdement en arrière et en bas le fond de l'organe.

M. Kaan reconnaît que les causes qui produisent les déviations utérines, abstraction faite de celles dues aux tumeurs de l'utérus ou aux organes voisins, dépendent du relâchement des liens de suspension de l'utérus et de la formation d'adhérences qui, consécutives à une paramétrite ou à une péritonite chronique, maintiennent l'organe utérin dans une mauvaise position. Tout spécialement, l'auteur insiste sur ce fait que les déviations utérines peuvent être réparties en deux grandes catégories. Dans l'une, ces déviations sont dues à une fixation anormale de l'utérus; dans l'autre, ces mêmes déviations sont dépendantes d'un relâchement des liens de suspension normale de l'organe. Dans ces deux catégories de déplacements utérins, on note un état inflammatoire et congestif. Mais, dans le premier cas, l'état inflammatoire est la *cause active* de la déviation, tandis que, dans le second cas, la nature inflammatoire et congestive de l'utérus n'est que le *résultat* de la déviation. Par conséquent, le traitement, dans la première catégorie de ces déplacements utérins, devra être dirigé tout d'bord contre l'inflammation elle-même, et n'exigera l'application du pessaire qu'ultérieurement, tandis que, dans la seconde catégorie, le rétablissement de l'utérus en position normale, au moyen du pessaire, devra être le premier but à atteindre.

M. Kaan compare les résultats de pessaire à ceux obtenus chirurgicalement dans plusieurs opérations gynécologiques et fait les remarques suivantes :

La restauration du plancher périnéal peut quelquefois ramener l'utérus dans sa position normale.

Les opérations pratiquées par le vagin sur le fond de l'utérus, comme dans la méthode de Mackenrodt, ne sont pas de grande valeur dans certaines déviations utérines.

Les opérations pratiquées généralement sur les ligaments ronds, par la méthode intra ou extra-abdominale sont incertaines et non exemptes de dangers.

Les opérations intra-abdominales faites sur le ligament rond ne prouvent pas un succès, car la récidive survient assez fréquemment.

Les opérations extra-abdominales, opérations d'Alexander plus ou moins modifiées, sont contre-indiquées dans les cas compliqués d'un état inflammatoire généralisé ou de formation d'adhérences. De plus, ces opérations ne peuvent être pratiquées après la ménopause, car les ligaments perdent de leur résistance en s'atrophiant. Enfin, la hernie inguinale est une complication qui a été signalée après ces opérations.

La ventrofixation dont le but est de provoquer la formation de bandes de tissus fibreux entre le fond de l'utérus et la paroi abdominale, afin de maintenir cet organe en avant, n'est pas une opération absolument efficace. En effet, ces bandes fibreuses se relâchent quelquefois, et l'utérus retombe dans sa position défectueuse. D'autre part, des accidents d'obstruction intestinale ont été rapportés consécutivement à cette fixation de l'utérus. Enfin, l'hystéropexie est assez souvent mal supportée, causant aux femmes de la gêne et du malaise.

R. Blondel.

Racourcissement intra-abdominal des ligaments ronds par la voie vaginale, par M. Riddle Goffe (*Société américaine de gynéc.* 27 mai, 1902). — Pour combattre la rétroflexion de l'utérus, l'auteur suivant la méthode de Wylie-Mann raccourcit les ligaments ronds par la voie vaginale en les doublant sur eux-mêmes. Aucune méthode ne lui a donné de meilleurs résultats. Sur 130 cas auxquels il a appliqué ce procédé dans ces seize dernières années, il n'a eu que trois insuccès dus probablement à quelque faute dans l'application de la méthode par suite de nouvelles modifications. Sur ces 130 cas, dix ont été suivis de grossesse dans la suite et huit sont arrivés à terme. Les accouchements ont été simples et l'utérus a repris ensuite sa position normale. Parmi les avortements, l'un est dû à la syphilis.

La supériorité de cette méthode sur les autres dépend du choix de la voie vaginale ou la voie abdominale,

Parmi les cas observés, six étaient congénitaux, chez des femmes non mariées de 19 à 27 ans. Bien que le vagin fut étroit et l'hymen intact dans tous, l'auteur a pu faire l'opération qui a été suivie d'un plein succès.

L. Jumon.

Traitement chirurgical des ligaments utéro-sacrés dans la rétroversion, par M. Westley Bouvée (*Amer. Med. Assoc.* 10 juin 1902). — D'après cet auteur, le pessaire donne des résultats incomplets ou qui ne durent pas, de sorte que le traitement radical devient plus tard une nécessité. Après avoir donné une description et indiqué la fonction des divers moyens de suspension de l'utérus, il admet toutes les opérations, mais dans le cas de relâchement de la paroi vaginale postérieure, il donne la préférence à la ligature des ligaments utéro-sacrés abaissés à travers l'incision de la paroi vaginale de chaque côté. On libère toutes les adhérences de l'utérus et on ferme la plaie. On peut très bien éviter le danger d'ouvrir la cavité

péritonéale. Aucune opération ne donne de meilleurs résultats, même le raccourcissement des ligaments ronds. Le nombre des récidives avec ou sans grossesse ultérieure a été très faible.

L. Jumon.

De la ventrofixation de l'utérus au moyen des ligaments ronds. Technique perfectionnée, par D. Tod Gillian, (*The New-York medical Journal*, 4 janvier 1902). — L'utérus est un organe mobile qu'on ne peut fixer, dans quelque position que ce soit, sans porter préjudice à cet organe lui-même ou aux viscères qui lui sont contigus.

En effet, normalement, la situation de la matrice varie, suivant l'état de réplétion ou de vacuité de la vessie et du rectum, suivant le rythme du mouvement respiratoire, et suivant les différents modes de motilité du corps.

De plus, l'utérus, à cause de ses fonctions de grossesse et d'accouchement auxquelles il est destiné, risque, toutes les fois qu'il subit quelque déplacement pathologique, de ne pouvoir accomplir intégralement son rôle. Ses dimensions ne restent plus proportionnées au développement de son produit, et, très souvent, l'avortement a lieu.

Cependant, il arrive que, dans certaines conditions, lorsque, par exemple, la matrice tombe en rétroversion ou en prolapsus, il y a nécessité de faire ce qu'on appelle la *suspension* de l'utérus. Cette dénomination, par elle-même, est mauvaise, car la *suspension* de la matrice est chose aussi irrationnelle qu'impraticable. Il suffit, en effet, de se rappeler quelle est la situation anatomique de l'utérus et de ses ligaments. Les ligaments, étant tous sur le même plan que l'utérus, à l'état de complet relâchement, ne peuvent réellement jouer le rôle de liens de *suspension*, si ce n'est lorsqu'ils parviennent à se tendre sous l'influence de quelque cause pathologique. Deux forces, seulement, maintiennent la matrice dans sa situation normale : d'un côté, la pression intra-abdominale et, de l'autre, l'action compressive de la paroi abdominale. La pression intra-abdominale, pour être effective, doit s'exercer sur la surface postérieure de l'utérus, sur cette surface même où viennent prendre insertion les ligaments ronds. Ces petits cordons, comme les autres ligaments de la matrice, sont toujours relâchés, et permettent, dans une certaine mesure, d'avant en arrière et d'arrière en avant, les mouvements de bascule de l'utérus. C'est sur ces ligaments ronds qu'il faudra agir, quand l'utérus est tombé en rétroversion, car, seuls, ils peuvent ramener cet organe dans une situation telle que la surface postérieure de la matrice supportera le poids des intestins. Alexander avait bien remarqué ce fait et créa l'opération qui porte son nom, Il fit le raccourcissement des ligaments ronds à leur sortie du canal inguinal. Mais cette technique opératoire est difficile et non exempte de plusieurs reproches. Aussi. M. Gillian propose-t-il simplement la fixation de chaque ligament rond à la paroi interne de l'abdomen, de manière à constituer une sorte d'ancrage (*anchorage*) suivant sa propre expression.

Voici comment procède l'auteur :

M. Gillian fait une incision abdominale de 6 à 8 centimètres de longueueur, sur la ligne médiane, entre l'ombilic et le pubis. Puis, mettant a découvert l'un des ligaments ronds, amène ce ligament dans la plaie, de façon à pouvoir en traverser la face intérieure avec un fil dont les extrémités sont fixées par un clamp. Faisant alors passer le ligament rond dans une petite ouverture pratiquée obliquement en bas et en dehors, à travers le fascia aponévrotique et la couche musculaire, M. Gillian fait surgir ce cordon à 2 centimètres de l'un des bords de l'incision abdominale. Enfin, au moyen du fil que retenaient les mors de la pince, une nouvelle traction est exercée sur le ligament, de telle sorte que celui-ci remonte jusqu'au fascia aponévrotique, où il est fixé, sur une étendue de 5 à 6 millimètres, par quelques points de suture.

L'auteur fait remarquer que, par ce procédé, l'utérus ne se trouve pas suspendu et que, même après la grossesse ou les accouchements, les résultats demeurent très satisfaisants.

R. Blondel.

Suspension de l'utérus, par M. Hunter Robb (*Soc. américaine de gynécologie*, 27 mai 1902). — En discutant les avantages et les inconvénients de la suspension de l'utérus, l'auteur fait remarquer que fixation et suspension ne sont pas deux termes synonymes. Pour juger les méthodes, il faudrait observer de près un grand nombre de cas de déplacements non compliqués, les cas avec lésions, mais avec indication d'opérer, les cas dans lesquels la suspension n'est qu'une opération supplémentaire.

La suspension est une méthode qui peut donner des succès permanents dans un grand nombre de cas de rétroflexion. Les difficultés dans les grossesses ultérieures sont surtout les résultats des opérations de fixation et non de suspension.

L. Jumon.

Le rôle plastique de l'utérus dans les opérations pour cystocèle, par M. Joseph Brettauer

(*The New-York Medical Journal*, 11 janvier 1902). — L'auteur rappelle le mécanisme des prolapsus de l'utérus, de fréquence très grande après les accouchements répétés, et fait remarquer que dans tous les cas de prolapsus, accompagnés de cystocèle, il faut faire, à la fois, et la reconsolidation du plancher périnéal et la fixation, après redressement, des parois vaginales.

Le plus grand nombre des opérations pour cystocèle nécessite après une incision de forme variée, la dissection des parois du vagin, sur une plus ou moins grande étendue, et le rapprochement des lambeaux disséqués par plusieurs points de suture. La colpo-périnéorrraphie complète d'ordinaire l'opération.

M. Brettauer a remarqué que les résultats consécutifs à ces opérations ne sont pas toujours très satisfaisants, et que la récidive du prolapsus vaginal survient assez fréquemment.

Il y a cinq ans, W. A. Freund conseilla, dans le traitement du prolapsus vaginal de fixer à un lambeau taillé largement sur la face postérieure de la vessie le corps de l'utérus, après en avoir fait basculer le fond dans le cul-de-sac de Douglas.

Deux années après, Wertheim, s'inspirant de l'idée de Freund, publia deux observations où, après avoir fait basculer l'utérus, non plus en arrière, mais en avant, fixa cet organe, à travers une incision faite dans le cul-de-sac vésico-utérin, à la paroi antérieure du vagin.

Le but de cette opération est d'amener l'utérus à la paroi antérieure du vagin, et d'en fixer le fond en un point situé, aussi près que possible, de l'orifice externe de l'urèthre. Pour ainsi dire, l'utérus agit comme un bandage, et fixé dans cette nouvelle position par les ligaments larges et les ligaments sacco-utérins, évite la compression de la vessie sur la paroi intérieure du vagin.

M. Brettauer utilisa le procédé de Wertheim en trois occasions :

Dans un premier cas, chez une femme de 56 ans, qui avait eu trois enfants, après des accouchements difficiles, l'auteur ne réséqua pas les lambeaux disséqués à la paroi antérieure du vagin et se contenta de les rapprocher par une suture continue. Il compléta l'opération par une colpo-périnéorrhaphie. Dans les deux autres cas, il fit la résection des lambeaux sur une étendue d'un demi-centimètre et termina par une colpopérinéorrhaphie. Deux semaines après l'opération, les malades purent quitter le lit, et, revues quelques mois après par l'auteur, n'accusèrent aucun trouble. L'utérus était en antéversion extrême.

Deux de ces malades purent sans difficulté avoir des relations sexuelles.

M. Brettauer fait remarquer que l'opération de Freund-Wertheim a l'avantage d'être effectuée en peu de temps et sans grande perte de sang. Particulièrement, chez les femmes âgées, qui pour une raison ou pour une autre, ne peuvent rester longtemps sous l'anesthésie, cette opération est recommandable.

R. Blondel.

Traitement de la rétroversion par le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés, par M. Wesley Bover (*Soc. américaine de gyn.* 27 mai 1902). — L'auteur expose le traitement chirurgical des ligaments utéro-sacrés dans la rétroversion de l'utérus, opération qu'il pratique soit par la voie vaginale, soit par la voie abdominale. La statistique comprend huit cas par la voie vaginale et quatre par la voie abdominale. Le raccourcissement extra-péritonéal de ces ligaments en adjoignant une portion de la paroi vaginale est pratiquement exempt de dangers et se trouve fréquemment indiqué. La voie abdominale est plus rarement nécessaire : on la prend lorsqu'il y a lieu d'ouvrir l'abdomen pour quelque autre raison.

L. Jumon

Traitement thyroïdien de l'éclampsie puerpérale (*Société obstétricale d'Edimbourg*, mai 1902). — M. Oliphant cite plusieurs cas d'éclampsie puerpérale et d'état prééclamptique traités par l'extrait thyroïdien. Dans le premier, au huitième mois d'une grossesse, tous les symptômes caractéristiques existaient : céphalalgie, anurie, œdème, albuminurie, etc. Une deuxième attaque d'éclampsie survint malgré le régime lacté et la morphine. Les symptômes s'amendèrent sous l'influence de 0,60 d'extrait thyroïdien, puis de 0,30 toutes les quatre heures. Accouchement prématuré. Disparition des symptômes graves par l'extrait thyroïdien. Dans trois autres cas, le traitement thyroïdien associé au régime lacté et au repos a donné de bons résultats et tous les accidents urémiques disparurent très rapidement sous son influence.

L. Jumon.

Traitement des accidents causés par l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, par le Dr Cristino J. Muvor (*La Médecina Moderna*, juin 1902). — Des trois méthodes recommandées, tamponnement, rupture des membranes et version, la meilleure est celle qui est indiquée d'après certaines circonstances ; ainsi quand l'hémorragie est très abondante et qu'il faut défendre la grossesse pour obtenir la viabilité du fœtus, le meilleur moyen sera le tamponnement : la rupture des membranes est indiquée quand l'hémorragie se présente vers la fin

de la grossesse et la présentation est la version engagée.

F. Birini.

Traitement chirurgical ds ruptures de l'utérus pendant l'accouchement (*Med. Obosr.*, n° 5, 1902). — Ouspensky rapporte 5 cas de ruptures de l'utérus pendant l'accouchement où l'intervention chirurgicale a donné des succès parfaits et, à ce propos, il formule quelques considérations générales concernant le genre d'opérations qui convient dans tel ou tel cas. Il estime que, quant à la laparatomie, il faut, pour bien préciser les succès et les échecs, tenir grand compte de différents facteurs jouant un rôle très important.

Il s'agit notamment de savoir si la laparotomie n'a pas été pratiquée trop tard, sur une malade très anémiée ou même mourante, après des tentatives répétées pour accoucher la femme par le vagin, après un transport à une longue distance, etc. Pour bien apprécier les méthodes opératoires employées dans les cas de rupture de l'utérus, il faut distinguer les cas de laparatomie primitive avec extirpation de l'utérus, de la laparatomie en quelque sorte secondaire pratiquée dans les cas où la rupture date déjà d'un certain temps.

J. Roubleff.

Pharmacologie

D' E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

La meilleure méthode d'emploi hyperdermique de l'iode, par Spolverini (*Policlinico*, 25, 1902). — D'une série de recherches expérimentales et d'observations cliniques, Spolverini conclut qu'il faut préférer les injections d'iode intra-musculaires aux injections sous-cutanées, parce que les premières sont suivies d'une réaction plus faible. En solution huileuse on peut injecter des doses considérables d'iode. L'auteur a pu constater que la dose mortelle chez le lapin s'élève à 40 centigrammes et demi par kilogramme du poids de l'animal. L'élimination de l'iode par l'urine commence 45 minutes après l'injection et dure pendant 20 jours et plus, sans qu'il en résulte le moindre trouble pour la fonction des reins. L'iode injecté se retrouve non dans les organes internes, mais exclusivement dans le système musculaire; on peut même y constater encore sa présence lorsque l'élimination par l'urine est terminée.

Les injections intra-musculaires d'une solution huileuse à 5 0/0 d'iode pur sont supportées également bien par les adultes et par les enfants. Les injections sont faites dans les fesses. Ce mode d'emploi est indiqué dans tous les cas où il faut faire pénétrer de l'iode dans l'organisme lorsque l'ingestion de l'iode n'est pas supportée.

L. Jumon.

Le Lysoforme, un nouveau désinfectant, par le Pr Pontoppidan, (*Hospitalstidende, Copenhague*, 23 avril 1902. — L'auteur prédit une grande vogue au lysoforme, à cause de ses avantages. Le lysoforme est un dérivé de la formaldéhyde ; ce corps n'a presque pas d'odeur, il n'est pas irritant, son action désinfectante est très énergique.

On l'emploie en solutions de 1 à 4 0/0 dans l'eau. Il a l'avantage de contenir un corps savonneux, ce qui facilite beaucoup la désinfection des mains. Il n'attaque pas les instruments, et son pouvoir de dissoudre les corps gras prend encore à ce point de vue une importance réelle.

Pour les injections vaginales, il a été fortement recommandé par M. le Pr Dührsœn de Berlin : enfin son prix est un peu moins élevé que celui du phénol.

(Il y a lieu d'ajouter que le numéro du 7 mai du même journal (*Hospitalstidende*) contient une lettre du Dr Miels Muus qui déclare les propriétés antiseptiques du lysoforme tout à fait insuffisantes).

R. Wybauw.

L'acétanilide comme agent d'intoxication par F. T. Stewart (*Philad. Med. Journal* 1902). — L'auteur rapporte deux cas d'intoxication par l'acétanilide et recommande de n'utiliser ce médicament, pour l'usage interne, qu'avec de grandes précautions.

Dans le premier cas, il s'agit d'un malade qui avait eu une brûlure très étendue du pied gauche. On essaya les greffes suivant la méthode de Thiersch, en prenant quelques lambeaux de peau de la jambe et de la cuisse droite, et on fit un pansement ordinaire. Le lendemain matin, M. Stewart trouva le malade dans un état de collapsus et de cyanose avancée. Il trouva que la cause de ces accidents alarmants devait être rapportée à l'acétanilide qui a été utilisé en poudre pour le pansement.

La seconde observation s'applique à un petit enfant de quatre mois, qui présentait de l'intertrigo du scroctum, des fesses et des cuisses.

Un médecin ordonna l'application suivante :

Calomel.....	2 grammes
Sous nitrate de bismuth.....	8 —
Acétanilide.....	8 —

Dès le lendemain, l'enfant manifestait une cyanose très développée.

La guérison put être obtenue facilement dans ces deux cas. Mais l'auteur fait remarquer que si, dans les plaies non infectées, on peut sans danger recourir à l'emploi de l'acétanilide, il est préférable, dans celles qui sont septiques, d'user d'agents plus efficaces et moins dangereux.

R. Blondel.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

EPILEPSIES

I. Traitement dans l'intervalle des accès.

Traitement médicamenteux. — Administrer le bromure de potassium seul (médication habituelle) ou associé aux bromures de sodium, d'ammonium.

Le bromure de potassium et les polybromures s'administrent en sirop ou solution, cette dernière forme préférable pour l'administration prolongée.

Bromure de potassium.	20 grammes
Eau distillée.....	300 —

Cette solution contient 1 gr. par cuillerée à soupe.

Bromure de potassium.. } Bromure de sodium..... }	àà 30 gr.
Bromure d'ammonium..	15 gr.
Arséniate de soude.....	0 gr. 10
Benzoate de soude.....	7 gr. 50
Eau distillée.....	1000 gr.

(Grasset et Rauzier)

Cette solution contient environ 1 gr. 10 de polybromures par cuillerée à soupe.

Bromure de potassium..	40 gr.
— de sodium..... } — d'ammonium. } Benzoate de soude..... }	àà 12 gr.
Eau distillée.....	1000 gr.

(Gilles de la Tourette)

Cette solution contient 1 gr. de polybromure par cuillerée à soupe.

L'adjonction du benzoate de soude, à raison de 0 gr. 10 par cuillerée, a pour but de neutraliser les fermentations intestinales et de favoriser la diurèse.

Le bromure de strontiane n'est guère employé, non plus que le bromure de calcium. Le bromure de camphre pourrait être administré temporairement contre les vertiges, les absences (1 gr. à 1 gr. 50 en pilules de 0 gr. 10).

La bromispine combinaison à 10 0/0 de brome et d'huile de sésame qui a été prescrite à la dose quotidienne de 15 à 40 gr. par la bouche ou en lavement, n'est pas entrée dans la pratique.

Les bromures peuvent être administrés en lavement, dans les cas où leur usage prolongé a déterminé des troubles gastriques. Il est toujours indiqué de diluer le médicament dans un liquide : eau, tisane, lait surtout.

La dose quotidienne à administrer varie suivant l'âge, l'intensité des crises et aussi la tolérance.

Il est d'ailleurs assez malaisé de déterminer la dose suffisante. La dose d'attente, est atteinte suivant Gilles de la Tourette, quand la pupille est en état de dilatation permanente, avec réaction paresseuse à la lumière et à l'accommodation (signe d'une valeur douteuse).

L'indice de la saturation serait l'anesthésie pharyngée, d'après Voisin. La meilleure indication est tirée des résultats obtenus.

La dose suffisante moyenne est de 4 à 6 grammes chez l'adulte, de 2 à 3 grammes chez l'enfant. On la répartit habituellement en deux prises, l'une administrée le matin au premier déjeuner, l'autre au repas du soir ou au moment du coucher, les accès étant fréquemment nocturnes.

Si les crises surviennent à heures régulières, on peut administrer les deux tiers de la dose deux heures avant le moment habituel du paroxysme (Gilles de la Tourette).

On peut d'autre part administrer le bromure à doses uniformes, ou adopter un mode de traitement par doses alternativement croissantes et décroissantes : par exemple 4 grammes la première semaine, 5 grammes la seconde, 6 grammes la troisième et la quatrième (méthode de Charcot). Il est utile de prescrire la dose maxima, au moment des règles, les accès étant particulièrement fréquents pendant la période menstruelle.

La durée du traitement bromuré ne peut non plus être déterminée d'une façon précise. Elle est, en tous cas, toujours très longue et ne doit pas être inférieure à deux ou trois ans.

On ne doit pas supprimer brusquement le bromure, mais en diminuer peu à peu les doses, pour en cesser totalement l'usage un an envi-

ron après la cessation des derniers accidents.

Les accidents généraux de bromisme nécessitent l'interruption passagère de la médication, l'institution du régime lacté, l'emploi des purgatifs salins.

Les accidents locaux (acné, etc.) seront notablement atténués par l'emploi régulier des lotions chaudes, légèrement alcoolisées, des bains.

b) *Traitement hygiénique.* — Supprimer de l'alimentation tous les aliments fermentescibles, les boissons excitantes; par conséquent, le gibier, la charcuterie, les moules, écrevisses, homard, coquillages, les conserves, les épices, les fromages forts, les vins purs, l'alcool, le thé, le café. Le régime sera le régime lacto-végétarien prédominant.

Le soir, repas léger.

Favoriser d'autre part l'élimination des déchets au moyen de *purgations*, notamment de purgatifs salins; des *grands lavages de l'intestin*.

Supprimer toutes les causes de surmenage cérébral ou physique.

Lotion froide quotidienne ou *enneloppement dans le drap mouillé ruisselant.*

c) *Traitement des causes provocatrices.* — Ces causes échappent souvent : elles peuvent être d'ordre local ou général.

I. — Traitement de l'helminthiase (surtout chez les enfants) ; des lésions rhino-pharyngées (obstructions de la trompe d'Eustache, polypes) ; des malformations génitales (phimosis) etc.

II. — Traitement de l'alcoolisme, etc.

II. Traitement des accès et de l'état de mal

S'abstenir de toute intervention pendant l'accès : se borner à étendre le malade, à relâcher ses vêtements ; enfoncer, si cela est possible, un bouchon taillé en forme de coin, entre les maxillaires, pour prévenir la morsure de la langue.

En cas d'asphyxie, pratiquer des *injections d'éther*, des *tractions rythmées de la langue*, la *respiration artificielle*.

Dans l'état de mal, supprimer toute cause d'excitation ambiante : bruit, lumière.

Faire inhaler à doses modérées du *chloroforme*, de *l'éther*, administrer un *lavement de chloral et de bromure*.

En dernier ressort, saignée suivie d'injections de sérum et d'inhalations d'oxygène. Régime lacté exclusif.

Contre les paroxysmes délirants, *bains prolongés* (de 2 ou 3 heures de durée).

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Les facultés libres de médecine et les hôpitaux, — Un procès important vient d'occuper la 1re chambre du tribunal civil de Lille.

L'article 6 de la loi du 12 juillet 1875 dit : « Les Facultés libres de médecine ne pourront s'établir que si elles disposent pour leurs services cliniques de 120 lits dans dn hôpital fondé par elles ou mis à leur disposition par l'Assistance publique »

Les administrateurs des Facultés catholiques de Lille passèrent, les 22 et 24 décembre 1875 une convention avec les hospices de Lille; ceux-ci, moyennant le versement d'une somme de 140.000 fr., acceptaient d'affecter à la disposition de la Faculté libre de médecine deux pavillons comprenant 200 lits, une salle d'amphithéatre et une salle d'autopsie de l'hôpital Saint-Eugénie (dénommé depuis l'hôpital de la Charité) alors en construction; aucune limitation de durée n'était stipulée.

La convention fut approuvée par le préfet; cette approbation fut annulée par décision ministérielle, mais le Conseil d'Etat, saisi de la question, déclara que « le contrat ayant déjà reçu un commencement d'exécution, il n'appartenait plus au ministre, agissant comme supérieur hiérarchique du préfet, de mettre à néant la décision préfectorale. »

L'année dernière, la majorité de la commission des hospices décida de demander l'annulation de la convention. En conséquence, M. Delory, maire de Lille, agissant comme président de la commission, assigna les administrateurs des Facultés catholiques de Lille devant le tribunal civil.

Celui-ci a jugé que les hospices étaient mal fondés dans leur demande et les en a déboutés.

Le groupe médical parlementaire. — Le groupe médical parlementaire, qui comprend des représentants des deux Chambres, a constitué récemment son bureau : Président : M. Pozzi, sénateur; Vice-Présidents, MM. Dubuisson, député, et Guillemaut, sénateur; Secrétaires,

MM. Marot, député, et Pédebidou, sénateur; questeur, M. Devins, député.

Instituts Pasteur coloniaux. — On vient de créer trois nouveaux Instituts Pasteur, à Saïgon, à Saint-Louis du Sénégal, et à Tananarive. C'est sous l'inspiration de M. le Dr Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, qu'a été fondé l'Institut de Saïgon, dont le directeur est le Dr Métin.

BIBLIOGRAPHIE

La syphilis. Chancre et syphilis secondaire, par le Dr Vouzelle, ancien Interne des Hôpitaux. — Petit in-8 (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*). Broché 2 fr. 50, Cartonné 3 fr.

Ce volume traite des deux premières étapes de la syphilis : du chancre et des accidents secondaires. Certes, les ouvrages sur ce sujet sont innombrables, mais la plupart sont des œuvres didactiques, ayant pour but le triomphe d'une idée, la discussion dogmatique de certains points particuliers, le développement d'idées nouvelles, de faits nouveaux. Les autres sont, par leur importance même, longs et difficiles à consulter dans la pratique courante de la médecine.

Ce que l'auteur a cherché avant tout c'est à être bref tout en étant complet. Puisant à toutes les sources, s'inspirant des publications, des ouvrages anciens ou récents, de Ricord. de Diday, de Lancereaux, de Julien, de Fournier, etc., il s'est efforcé de présenter, en le résumant, le tableau de la syphilis, d'après les opinions régnantes.

L'historique de la question, indispensable pour bien dégager la syphilis des maladies nombreuses avec lesquelles longtemps elle fut confondue, est traité aussi succinctement que possible. Toutes les théories pathogéniques plus ou moins incertaines sont simplement signalées. L'anatomie pathologique est sommairement décrite.

Par contre la partie clinique est très développée.

Le chancre est l'objet d'une étude minutieuse. Tous les signes qui peuvent le différencier des lésions avec lesquelles il peut si aisément se confondre, qui en permettent le diagnostic précoce malgré ses modalités si diverses, sont décrits avec détails et précision.

Les moindres accidents secondaires sont l'objet d'une description spéciale ; leurs signes pathognomoniques mis en lumière. Aussi pensons-nous que le volume de M. Vouzelle sera accueilli avec intérêt par tout les praticiens.

Nouveaux procédés d'exploration. Leçons de pathologie générale, professées à la Faculté par Ch. Achard, recueillies et rédigées par P. Sainton et M. Lœper. Vol. de 436 p., 8 fr. Masson et Cie, éditeurs.

Exposer les nouvelles ressources fournies à la clinique par les procédés d'exploration découverts dans ces dernières années, tel est le but que M. Achard a voulu réaliser en publiant ces leçons; mieux que quiconque il était désigné pour tirer des déductions générales et faire l'histoire des notions nouvelles fournies par l'examen morphologique et chimique du sang, la cryoscopie, l'examen de la perméabilité rénale, à l'élaboration desquelles il a contribué avec ses élèves pour une grande part. Il y a joint un aperçu sur les résultats donnés par la radiographie, comparée aux autres modes d'exploration usités jusqu'alors.

Un tiers du livre est occupé par la radiologie; les deux autres tiers ont trait à l'examen du sang et des humeurs (étude des globules blancs, valeur de la polynucléose et des mononucléoses, cytodiagnostic, éosinophilie, étude des ferments du sang, sérodiagnostic, cryoscopie des divers liquides organiques, recherche de la perméabilité rénale). L'auteur ne s'est point borné à un résumé banal; dans nombre de chapitres, tels que ceux qui traitent des ferments du sang, du mécanisme régulateur de la composition du sang, etc., il fait œuvre tout à fait personnelle et originale.

Ceux qui suivent l'évolution imprimée à la médecine par l'appoint de procédés physico-cliniques nouveaux liront avec intérêt ces leçons qui donnent une vue d'ensemble des connaissances récemment acquises à ce jour et restées éparses jusque là dans des mémoires originaux ou les comptes rendus des diverses sociétés savantes. De nombreux tracés et figures facilitent la lecture du texte.

Nlle Imprimerie. E. Lasnier dir., 35-37, rue St-Lazare. Paris *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie. — Le Congrès de Liège a désigné Grenoble comme siège du futur Congrès international d'hydrologie, de climatologie et de géologie. Par sa situation exceptionnelle au milieu des Alpes, par le voisinage de nombreuses stations thermales : Aix-les-Bains, Uriage, Allevard, La Motte, Marlioz, Challes, Salins, Brides, etc., le Congrès de Grenoble offrira aux Congressistes toutes les ressources d'études qu'ils sont en droit d'en attendre, en même temps qu'ils trouveront tous les agréments d'une région connue pour la beauté et le pittoresque de ses paysages.

Le Congrès ouvrira le 29 septembre 1902.

Les Compagnies de chemins de fer français ont bien voulu accorder aux membres du Congrès une réduction de prix de 50 0/0.

Le Comité central, siégeant à Paris, est composé de :

MM. les Drs Albert Robin, membre de l'Académie de Médecine, président de l'Association générale des médecins des stations balnéaires et sanitaires de la France, président;

Leudet, ancien président de la Société d'hydrologie de Paris, médecin consultant aux Eaux-Bonnes;

Fredet, professeur à l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand;

Durand-Fardel, secrétaire général de la Société d'hydrologie de Paris, médecin consultant à Vichy;

Morice, rédacteur en chef de la Gazette des Eaux, médecin consultant à Néris;

De Ranse, ancien président du Congrès de Clermont-Ferrand, médecin consultant à Néris;

Sénac-Lagrange, président de la Société d'hydrologie de Paris.

Le Comité local, siégeant à Grenoble est composé de :

MM. les Drs Fernand Berlioz, professeur à l'Ecole de Médecine de Grenoble, secrétaire général;

Kilian, professeur de géologie à la Faculté des sciences de Grenoble;

Primat, ingénieur des Mines, à Grenoble;

Picaud, professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Grenoble.

Avis important. — Toutes les communications, demandes d'adhésion, de renseignements, etc., doivent être adressées à M. le Dr Fernand Berlioz, secrétaire général, à l'Ecole de Médecine de Grenoble (Isère, France).

Le prix de la cotisaiion est de 20 francs; les membres souscripteurs recevront gratuitement les rapports et comptes rendus du Congrès.

Les membres du Congrès qui désirent faire des communications sont priés d'en faire connaître le titre, au secrétaire général, avant le 1er août 1902.

Les membres qui désireront profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par les Compagnies de chemins de fer devront envoyer leur cotisation avant le 10 septembre, dernier terme de rigueur.

Les femmes des Congressistes auront droit à la réduction en payant la cotisation de Membre honoraire qui est de 10 fr.

Programme. — *A.* — *Hydrologie scientifique.* — 1. Des procédés pratiques d'analyse microbiologique applicables aux eaux minérales; des conséquences à en tirer au point de vue de l'exploitation.

Rapporteur : M. Bordas.

2. De l'importance de l'analyse chimique des eaux minérales, complète, au point de vue des matières minérales et organiques pour éclairer la médecine thermale,

Rapporteur : Dr Garrigou.

3. Quelles doivent être les mesures légales à prendre pour sauvegarder l'exploitation des eaux thermales et minérales

Rapporteurs : MM. Bouloumié et Desbleumortiers.

B. — *Hydrologie clinique.* — 4. Du traitement hydro-minéral de la phtisie pulmonaire.

Rapporteurs : MM. Leudet et Schleummer.

5. Du traitement hydro-minéral comparatif des maladies de la peau.

Rapporteurs : MM. Veyrières et Leredde.

6. Du traitement hydro-minéral des maladies de l'estomac.

Rapporteurs : MM. Albert Robin et Félix Bernard.

7. De l'action préventive des cures hydro-minérales chez l'enfant dans les états constitutionnels,

Rapporteurs : MM. Carron de La Carrière, Raymond et Durand-Fardel.

C. — Climatologie. — 8. Variation des échanges respiratoires sous l'influence de l'altitude, de la chaleur et du froid.
Rapporteurs : MM. Albert Robin et Maurice Binet.
9. Conditions météorologiques nécessaires à l'installation d'un sanatorium.
Rapporteurs : MM. Berlioz et L. Leriche.
10. Des sanatoriums ouverts ou fermés.
Rapporteurs ; MM. Cazaux et Sersiron.
D. — Géologie. — 11. Les eaux minérales bien captées subissent-elles des variations suivant les saisons, et quelles variations?
Rapporteur : M. Labat
12. Relations des principales sources thermales du Dauphiné avec la nature géologique du sol; leur origine.
Rapporteur : M. Kilian.
13. Statistique des sources minérales de la Savoie et du Dauphiné.
Rapporteur : M. Primat.
14. Étude géologique da la source thermale de l'Echaillon (Maurienne).
Rapporteur : M. Kilian.
Excursions. — Des excursions seront organisées pour visiter les stations thermales de la région; le programme en sera dressé ultérieurement.

FELIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

COLLECTION MÉDICALE

Volumes in-12, cartonnés à l'anglaise, à 4 francs et à 3 francs

(franco contre mandat-poste)

Traité de l'intubation du larynx, dans les sténoses laryngées aiguës et chroniques de l'enfant et de l'adulte, par le Dr A. Bonain, chargé du service spécial des maladies de nez, des oreilles et du larynx, à l'Hôpital civil de Brest, avec 43 gravures. 4 fr.
Manuel d'électrothérapie et d'électrodiagnostic, par le Dr E. Albert-Weil, chargé du service d'électrothérapie à la clinique chirurg. infantile de l'hôp. Trousseau, avec 80 grav. 4 fr.
L'Hystérie et son traitement, par le Dr Paul Sollier..... 4 fr.
La profession médicale, *Ses Devoirs, Ses droits*, par le Dr Morache, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bordeaux..... 4 fr.
Le Mariage, *Etude de socio-biologie et de médecine légale*, par le même..... 4 fr.
Les maladies de l'urèthre et de la vessie chez la femme, par le Dr Kolischer,. 4 fr.
L'Instinct sexuel, *Evolution, Dissolution*, par le Dr Ch. Féré. 2e édition..... 4 fr.
L'Education rationnelle de la Volonté, *son emploi thérapeutique*, par le Dr P. E. Lévy, préface de M. le Professeur Bernheim, 3e édition..... 4 fr.
Manuel théorique et pratique d'accouchements, par le Dr A. Pozzi, avec 138 grav. 2e éd. 4 fr
La mort réelle et la mort apparente, nouveaux procédés de diagnostic et traitement de la mor. apparente, par le Dr S. Icard, avec gravures (*récompensé par l'Institut*)..... 4 fr.
L'idiotie, *Psychologie et éducation de l'idiot*, par le Dr J. Voisin..... 4 fr.
La famille nevropathique, *Hérédité, prédisposition morbide, dégénérescence*, par le Dr Ch. Féré, avec gravures, 2e édition..... 4 fr.
Manuel de percussion et d'auscultation, par le Dr P. Simon, avec 48 gravures..... 4 fr.
Eléments d'anatomie et de physiologie génitales et obstétricales, par le Dr A. Pozzi avec 219 gravures..... 4 fr.
Le traitement des aliénés dans les familles, par le Dr Féré, 2e édition..... 3 fr.
Morphinomanie et morphinisme, par le Dr P. Rodet (*couronné par l'Ac. de Méd*..... 4

HYGIÈNE

Hygiène de l'alimentation dans l'état de santé et de maladie, par le Dr J. Laumonier, avec gravures, 2e édition..... 4 fr.
L'alimentation des nouveau-nés. *Hygiène de l'allaitement artificiel*, par le Dr S. Icard, avec 60 gravures (*couronné par l'Académie de Médecine*)..... 4 fr.
L'hygiène sexuelle et ses conséquences morales, par le Dr S. Ribbing, 2e édition.... 4 fr.
Hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens, par le Dr F. Lagrange, 7e éd. 4 fr.
De l'exercice chez les adultes, par le Dr F. Lagrange, 4e édition..... 4 fr.
Hygiène des gens nerveux, par le Dr Levillain, 4e édition..... 4 fr.
L'éducation physique de la jeunesse, par A. Mosso..... 4 fr.
La fatigue et l'entraînement physique, par le Dr Ph. Tissié, préface de M. le professeur Bouchard, avec gravures (*couronné par l'Académie de Médecine*)..... 4 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

La Blennorrhagie uréthrale chez l'homme et son traitement

Par E. Dind, professeur à la Faculté de Médecine de Lausanne.

Nous avons établi, dans un chapitre antérieur, la fréquence de la blennorrhagie chez l'homme : c'est entre 20 et 30 ans qu'elle atteint son maximum ; à cet âge, la vie sexuelle est intense sans être mise, les circonstances sociales imposant trop fréquemment le célibat, au bénéfice de la protection hygiénique que confère la vie matrimoniale.

La blennorrhagie se rencontre avant la vingtième année et surtout plus tard que l'âge de 30 ans ci-dessus donné. Comme limites extrêmes, nous l'avons rencontrée chez un enfant de 11 ans et chez un vieillard de 68 ans.

C'est par le commerce sexuel que l'homme acquiert généralement, sinon toujours, le gonocoque ; l'intromission du pénis n'est pas la condition absolue du succès de l'opération ; la blennorrhagie peut s'acquérir à la suite de frictions exercées par le pénis en érection sur la surface vulvaire.

On ne connaît pas d'immunité native contre la gonococcie ; il y a cependant, croyons-nous, de grandes différences dans la prédisposition des individus à acquérir et à cultiver le gonocoque : les uns sont contaminés à la moindre imprudence, d'autres courent, au contraire, le guilledou, sans en éprouver aucun dommage. Est-ce pur hasard? Est-ce au contraire parce qu'ils sont au bénéfice d'une résistance individuelle plus grande? Cette question est difficile à résoudre ; personnellement, nous croyons à l'efficacité de ce dernier facteur. C'est l'explication qui paraît applicable lorsque de deux hommes indemnes cohabitant successivement avec une femme blennorrhagique, l'un seul est atteint de chaudepisse.

Il n'existe pas davantage d'immunité acquise : celle-ci n'est conférée ni par une uréthrite, récemment guérie, ni même par la présence, dans une partie de l'urèthre, d'un foyer gonococcique chronique. Ces deux états ne préservent pas d'une infection nouvelle aiguë : cela est démontré par l'observation clinique et par l'expérimentation (Jadassohn).

Le fait reste cependant acquis d'une évolution très silencieuse de la blennorrhagie chronique, dont l'existence, pour être établie, exige un examen méthodique soigneusement pratiqué. (Il en est surtout ainsi de la prostatite blennorrhagique chronique) : il y a donc, dans ce cas, une sorte d'accoutumance. Il n'y a pas d'immunité car, dans cette situation l'écoulement peut réapparaître, abondant, virulent, sans que l'infection vienne du dehors. La diminution de la résistance du terrain — il ne peut guère être ici question

de l'exaltation du virus — est généralement donnée par l'abus d'alcool ou par les relations sexuelles trop fréquemment répétées.

Cette accoutumance, au lieu d'être personnelle, peut être une accoutumance à deux (Wertheim). Nous avons connu un fait semblable : une femme atteinte de Bartholinite gonococcique, cohabite avec son mari sans dommage pour celui-ci ; survient un tiers ami (indemne jusqu'à ce jour), il contracte une chaudepisse comme récompense de ses assiduités.

Peut-on contracter la blennorrhagie autrement que par rapport sexuel (ou infection par sonde uréthrale) ou par inoculation expérimentale ? Les recherches de notre collègue, M. le Pr Galli-Valerio, paraissent avoir établi la présence du gonocoque sur les W.-C. Si ce fait se confirme, il viendrait à l'appui de la thèse avancée par les maris coupables. Il ne saurait cependant être question de donner à ce mode d'infection une grande importance.

La période d'incubation de la blennorrhagie est de 2-3 jours ; elle peut atteindre 5-6 jours, et parfois même s'étendre sur une période de plusieurs semaines. Ces faits, avancés par des malades dont la bonne foi nous a paru indiscutable, présentent fréquemment cette particularité : l'apparition de l'écoulement coïncide avec d'abondantes libations. On peut expliquer ces phénomènes exceptionnels en admettant que les gonocoques ont pu, pendant cette période, séjourner dans le sac préputial (glandes de Tyson) ou ne pas rencontrer dans la muqueuse uréthrale un milieu favorable à leur pullulation : celui-ci, dans certains cas, serait donné par l'irritation épithéliale que cause certainement l'abus de l'alcool.

En opposition à ces incubations prolongées, il faut citer les cas où, peu d'heures après le rapport sexuel, apparaît un écoulement purulent, souvent abondant d'emblée ; le phénomène s'observe parfois au lendemain d'une première nuit de jeunes mariés. Il s'agit généralement, croyons-nous, d'auto-inoculation et ces chaudepisses, à incubation brève et à début purulent d'emblée, doivent faire songer à une rechute de blennorrhagie incomplètement guérie : c'est là un fait important à retenir vu l'importance médico-légale qu'il peut revêtir.

Si nous laissons momentanément de côté les cas à écoulement purulent d'emblée, voici comment évolue, au point de vue des symptômes objectifs et subjectifs, la blennorrhagie aiguë :

Les phénomènes douloureux ouvrent la marche : d'abord, c'est un chatouillement léger du pénis, nullement douloureux, qui fréquemment invite au rapprochement sexuel ; rapidement ce chatouillement fait place à un picotement désagréable, à une brûlure légère coïncidant avec une congestion (en dehors des érections) du membre viril. Dès lors, la douleur devient plus vive et les mictions provoquent une brûlure atroce qui engage le malade à les espacer le plus possible.

A la douleur ci-dessus s'associent, pendant la nuit, des érections fréquentes et fort pénibles, à cause du manque d'élasticité que présente la muqueuse enflammée. Il peut en résulter une déformation de l'organe (chaudepisse cordée) qui, au lieu d'être rectiligne, présente, pendant l'érection, une courbure à la face inférieure de laquelle l'urèthre enflammé, épaissi, dessine la corde.

Très exceptionnellement, ces érections nocturnes durent pendant 3-4 semaines ; elles disparaissent généralement au cours du 2e septennaire, époque à laquelle les souffrances provoquées par la miction s'évanouissent également. A ce moment les phénomènes douloureux déterminés par l'uréthrite antérieure (complications réservées) sont éliminés et nous voyons apparaître, au cours du 3e septennaire (parfois plus tôt, arement plus tard),

les manifestations propres à l'uréthrite profonde et aux complications qui l'accompagnent fatalement (prostatite) ou plus ou moins fréquemment (vésiculite, cystite). C'est, avant tout, un sentiment de pesanteur de la région recto-périnéale, auquel se joignent des phénomènes pollakiuriques avec miction impérieuse (parfois même de l'incontinence paradoxale) et douloureuse. La douleur n'existe plus pendant toute la durée de la miction comme au cours de l'uréthrite antérieure ; elle intervient à la période terminale de l'opération. Cette douleur, qui dénonce l'imminence de la cystite, se présente cependant en dehors de celle-ci ; elle est vraisemblablement dénonciatrice de l'inflammation du col et probablement, à notre avis, de la *pars urethralis vesicæ*. Les manifestations douloureuses provoquées par l'abcès de la prostate, la vésiculite et la cystite seront exposées ultérieurement.

Les phénomènes objectifs sont donnés par les produits éliminés par la muqueuse enflammée. Au début, l'on observe, au méat, dont la muqueuse bouffie « ectropionne » légèrement, un écoulement muqueux, transparent, agglutinant les lèvres du méat. Ce stade passager (1-2 jours) fait place à une suppuration abondante, verdâtre dans la période aiguë (par participation des hématies), se concrétant sur la chemise en taches épaisses. Parfois le caractère hémorragique s'accentue davantge (chaudepisse russe) : c'est là un symptôme fâcheux au point de vue pronostique. La suppuration à ce stade est très abondante ; avec elle coïncide une enflure très manifeste du canal uréthral et une augmentation de volume du pénis, constatable surtout le matin.

L'examen du malade, pratiqué suivant les règles exposées plus haut, démontre que pendant la première période — généralement 10 à 12 jours — l'urèthre antérieur seul est atteint : après lavage de celui-ci, l'urine émise est absolument limpide. Ce temps écoulé, l'uréthrite postérieure entre, à notre avis, *constamment* en jeu : nous ne faisons de réserve que pour les cas à suppuration d'emblée, dans lesquels (Voir plus haut) nous croyons à une auto-inoculation. Alors l'uréthrite peut rester localisée dans une section antérieure ou postérieure du canal.

A mesure que s'effectue l'extension du processus inflammatoire à l'urèthre profond, nous voyons se modifier les caractères des produits qui s'écoulent au méat. A la composition purulente leucocytaire (éosinophile), nous voyons succéder un écoulement moins exclusivement purulent. Les produits éliminés renferment des cellules épithéliales dont le nombre, faible d'abord, va sans cesse en augmentant ; celles-ci prennent petit à petit le pas sur l'élément purulent et constituent, avec des traînées de mucus, l'élément principal et enfin exclusif de l'écoulement.

Simultanément, la quantité de celui-ci diminue : il tarit enfin au méat. Cet état se produit au cours de la 5e, 6e ou 7e semaine, et, dans les cas défavorables, à une échéance indéterminée.

Lorsque l'écoulement au méat n'existe plus, le malade croit fréquemment à la guérison puisque — les douleurs étant dès longtemps évanouies — rien ne trouble plus sa quiétude morale ou physique.

L'examen méthodique, au moyen du lavage de l'urèthre antérieur, démontre qu'il n'en est rien et que les produits élaborés par la muqueuse, en quantité insuffisante pour parvenir au méat, restent fixés à la surface de celle-ci sous forme de *filaments uréthraux* (*urethralfæden* des auteurs allemands).

Ces filaments offrent des caractères fort variables suivant l'acuité ou la chronicité du processus uréthral, son étendue et ses localisations. D'une manière générale, au début de leur apparition — soit immédiatement après la période d'écoulement — ils sont nombreux et dans l'eau de lavage de l'urèthre antérieur tourbillonnent de nombreux et

volumineux filaments blancs, opaques, épais, grumeaux assez lourds pour gagner immédiatement le fond du vase récepteur.

Plus tard — en admettant une marche régulière du processus vers la guérison — les filaments deviennent moins volumineux, moins opaques. Leur poids spécifique étant moins élevé, ils gagnent lentement le fond du verre. A une période ultérieure, ils sont très fins, leur opacité est presque nulle, leur moindre pesanteur les fait maintenir presque indéfiniment dans les couches moyennes du verre récepteur où il ne tardent pas à faire partie du nuage muqueux qui s'y condense après quelques heures.

La présence des filaments épithéliaux s'observe pendant une fort longue durée — des mois parfois, des années même ; — très ténus, exclusivement épithéliaux, les filaments augmentent de nombre et perdent parfois leur caractère muco-épithélial dès que la muqueuse présente des phénomènes phlegmasiques plus accentués (alcool, coïts répétés, etc.).

Telle est l'évolution de l'uréthrite antérieure; dans l'urèthre profond, la marche du processus est identique et comporte une première période exclusivement suppurée à la suite de laquelle, grâce à une desquamation épithéliale plus abondante coïncidant avec une moindre suppuration, apparaîtra une deuxième période muco-purulente, puis, enfin, la période terminale des filaments uréthraux. Dans l'urèthre profond, section prostatique, les filaments affectent volontiers la forme en virgule; celle-ci n'a cependant rien d'absolu, elle peut se rencontrer dans l'urèthre antérieur et faire défaut dans l'urèthre profond.

Les filaments uréthraux se désagrègent assez rapidement dans l'urine (au grand étonnement des malades qui nous remettent un flacon d'urine dans lequel ils ont constaté la présence de ces éléments et qui ne les contient plus lorsque le malade se présente à notre cabinet); il faut donc les examiner dès que la sédimentation naturelle ou artificielle (appareil centrifuge) les a collectés au fond du vase.

Aussi longtemps que l'uréthrite est diffuse, on observe à côté des filaments une urine fortement chargée de mucus; elle est donc généralement louche; lorsque le processus se localise — ce qui est la règle — sur certains points, l'urine reprend sa limpidité et, seule, la présence des filaments, l'examen endoscopique, le massage de la région prostatique, permettent d'affirmer la présence et de déterminer le siège des lésions résiduales.

Généralement, c'est au niveau de la prostate — section dans laquelle les glandes uréthrales sont volumineuses — et dans la partie profonde de l'urèthre antérieur (*pars bulbosa*) que le processus blennorrhagique persiste le plus longtemps et passe à la chronicité.

Le processus uréthral, ainsi décrit, évolue, même parfois en dehors de tout traitement local, vers la guérison en 3 mois environ ; la défervescence suit une courbe régulière que troublent seuls les écarts de régime et les erreurs de traitement. Notons cependant que, en dehors de ces deux facteurs, les lésions des glandes séminales et de la prostate peuvent provoquer des retours de suppuration diffuse — cela survient fréquemment après les pollutions ou après un rapprochement sexuel prématuré — ou entretenir la chronicité de l'écoulement.

La virulence de l'écoulement est chose variable; dans la règle, les gonocoques deviennent rares dès que la suppuration diminue. On les retrouve encore dans les filaments purulents puis, à une période plus tardive, ils se colorent avec une moindre intensité et leurs contours perdent leur netteté; petit à petit, ils disparaissent de la scène et nombre d'auteurs (Neisser, Jadassohn) envisagent comme close la période infectieuse lorsque, dans plusieurs examens hebdomadaires successifs, des recherches soignées n'ont pas révélé la présence du diplocoque de Neisser. Il est parfaitement acquis que l'écoule-

ment purulent peut survivre à l'état gonococcique; il faut cependant remarquer que le gonocoque peut vivre longtemps dans l'urèthre et surtout dans ses annexes sans présenter de symptômes cliniques apparents; en faveur de ce fait parlent de nombreuses recherches et les récidives survenant bien des mois après le début de l'écoulement. Il en est de même des accidents tendineux et articulaires qui souvent apparaissent alors que depuis longtemps les manifestations uréthrales sont silencieuses. Le gonocoque se rencontre fréquemment lorsque l'on fait agir sur la muqueuse uréthrale un irritant général ou local. A cet effet, le malade absorbe, la veille de l'examen, une certaine quantité de bière ou bien l'on soumet son urèthre à l'action caustique du nitrate d'argent, du sublimé corrosif ou du sulfate de cuivre. Ces agents provoquent l'apparition d'une abondante suppuration dans laquelle, lorsque la gonococcie existe encore, le microscope révèle la présence du gonocoque. L'on peut remplacer ces manœuvres — que justifient seules des circonstances exceptionnelles — par des examens microscopiques fréquemment répétés, des produits pathologiques livrés par le canal uréthral et ses annexes. Leur résultat est-il, pendant ce temps, resté constamment négatif, on peut conclure à la disparition définitive du gonocoque, même lorsqu'existe une faible sécrétion purulente. Tel est l'avis soutenu par l'école de Breslau; quelques auteurs sont plus réservés et, pour eux, la seule présence du pus dans les filaments demeure un symptôme très suspect.

Sous l'influence du gonocoque et de sa toxine se produit très rapidement — en quelques heures — une imbibition générale du tissu épithélial : la muqueuse augmente d'épaisseur, devient turgescente par gonflement des cellules épithéliales dont les noyaux perdent de leur netteté. Les espaces intercellulaires sont agrandis : dans leur intérieur se voient de nombreux lococytes polynucléaires contenant des colonies de gonocoques. La pénétration des leucocytes par le gonocoque est un phénomène superficiel; il se réalise à la surface de la muqueuse et dans ses couches superficielles.

La muqueuse présente apparemment, dans la période suraiguë, des érosions superficielles; autour de celles-ci, et, d'une manière générale, il y a multiplication cellulaire active (Karyokynèse prononcée).

Les phénomènes congestifs s'étendent à une assez grande profondeur; le tissu conjonctif y participe dans ses couches superficielles. Exceptionnellement, et seulement à une faible distance de l'épithélium, le tissu conjonctif peut être envahi par le gonocoque qui se loge et se multiplie dans les espaces lymphatiques libres ou dans l'intérieur des cellules purulentes. Les éléments fixes du tissu conjonctif se multiplient, forment une barrière de cellules rondes qui ultérieurement s'organiseront et constitueront, lorsque la réaction a été très intense, un manchon cicatriciel (rétrécissement). Il faut noter ici l'importance que revêtent les glandes uréthrales profondément situées ; par leur participation (surtout le conduit excréteur) à l'infection gonococcique, elles favorisent l'extension du processus dans la profondeur en déterminant autour d'elles des réactions inflammatoires périglandulaires (*macula gonorrhoïca* de la Bartholinite) dont l'étendue et la transformation terminale (tissu cicatriciel) modifieront considérablement les qualités physiques (élasticité) du canal uréthral.

Parfois — souvent même — les glandes donnent lieu à des phénomènes de rétention (*pseudo-abcès* de *Jadassohn*); ceux-ci proviennent de l'obstruction du conduit sécréteur, d'où résulte, en arrière du point d'adhérence, une accumulation du pus. Ces « pseudo-abcès » ne se produisent donc que dans des espaces épithéliaux préformés; à côté d'eux, se produisent exceptionnellement de vrais abcès sans relation aucune avec les conduits préformés; ils siègent dans les couches conjonctives superficielles et s'ouvrent à l'extérieur. Les pseudoabcès percent parfois à l'extérieur, mais généralement se resorbent ou

vident leur contenu à l'intérieur du canal. Leur siège le plus fréquent est le voisinage du frein. A ce même niveau, il faut noter — au premier septennaire de la blennorrhagie — l'apparition fréquente d'un œdème très accentué dans lequel (*Crippa*) on a signalé des cellules de pus contenant des colonies de gonocoques. Les vaisseaux lymphatiques et, exceptionnellement, les glandes inguinales, s'engorgent facilement.

Au cours de la période subaiguë les éléments congestifs diminuent, la reconstitution épithéliale s'effectue rapidement : le retour à l'état normal en est la conséquence. Lorsque la blennorrhagie devient chronique, les modifications conjonctives, glandulaires et périglandulaires s'accentuent et le retour à l'état normal n'est plus guère possible. Les deux principales et durables modifications qui se produisent sont données par celles du tissu épithélial qui de cylindrique devient pavimenteux, présente même des phénomènes de kératinisation et par l'évolution régressive du tissu conjonctif (rétrécissements).

Il est difficile de dire quelque chose de précis en ce qui concerne la disparition définitive du gonocoque; cela tient à la rareté des biopsies et au fait que la coloration du parasite devient avec le temps difficile, impossible même. On ne sait d'ailleurs rien de précis sur l'existence des formes dites d'évolution.

Les recherches statistiques (Goll) démontrent que le parasite de la blennorrhagie peut vivre fort longtemps dans l'urèthre et ses annexes. Les faits cliniques démontrent sa présence des mois et même des années après le début des accidents. Dans ces conditions l'activité pathologique du gonocoque est minime — c'est la goutte militaire (*Bonjour-trœpfchen* des Allemands) qui apparaît le matin au méat lorsqu'il y a eu excès (alcool, épices, coït) la veille; ce peut être moins encore — soit quelques filaments que découvre seul un examen méthodique.

Un fait démontre cliniquement la longue survie du gonocoque, c'est l'apparition de métastases gonococciques (arthrites, iritis) chez d'anciens malades qui, depuis longtemps, se tiennent pour radicalement guéris de leur chaudepisse.

Les notions ci-dessus admises, il est fort difficile de formuler un pronostic au début d'une blennorrhagie : tout médecin prudent sera, dans ces conditions, très réservé. L'on peut dire que, correctement traitée par le médecin et *par le malade* lui-même, la blennorrhagie évolue favorablement en quelques semaines, généralement en 8-10-12 semaines; le médecin consulté s'empressera toutefois d'ajouter que, même en l'absence de complications locales ou lointaines (métastases), le processus blennorrhagique, quoique habilement traité, peut avoir une durée beaucoup plus longue, indéterminée. Il est absolument indispensable d'apporter dans ce domaine la plus grande réserve; celle-ci aura pour conséquence de faire sentir au malade, dès le début, la gravité de la lésion dont il est porteur, gravité à laquelle le public est loin de croire; cette opinion, partagée par le malade, l'obligera — ce qui est indispensable — à suivre, à la lettre, les recommandations de son médecin.

Les facteurs capables d'assombrir le pronostic sont l'alcoolisme du sujet, même si le malade renonce à ses fâcheuses habitudes, la longue durée d'infections gonococciques antérieures, compliquées de métastases (arthrites), l'hypospadias, le rétrécissement du méat, le travail musculaire. Faut-il, dans ce dernier cas, accuser le travail seul ou l'usage de l'alcool, qui fréquemment l'accompagne dans les classes laborieuses, nous l'ignorons, mais nous sommes convaincu de l'importance de ce facteur; un effort exceptionnel, prolongé, comme une course de montagne, peut exercer la même action défavorable sur l'*évolution du processus.*

Le *traitement de la blennorrhagie uréthrale* comprend :

a) Des prescriptions générales;
b) Des prescriptions médicales internes;
c) Une intervention chirurgicale locale.

Prescriptions générales. — La blennorrhagie étant envisagée comme une infection de haute gravité, nous donnerons à notre malade des conseils d'hygiène générale. Avant tout, nous ordonnerons une diète *sévère*, d'où sera proscrit l'usage des boissons alcooliques (vin rouge inclusivement), du café noir, du thé de Chine. Nous interdirons l'usage des épices (poivre, moutarde, etc.) et recommanderons d'éviter une alimentation trop azotée, une viande au repas du milieu du jour, le soir, un repas très léger (pain, beurre, fruits, pâtes, etc.). Dans le même ordre d'idées, nous recommandons l'usage copieux de boissons délayantes (eau, décoction d'orge, de lin, etc.); nous obtenons ainsi une irrigation fréquente du canal et une faible concentration urinaire : il faut cependant ne pas boire abondamment le soir, de façon à éviter pour la nuit une réplétion vésicale excessive : celle-ci produit une stase sanguine dans les organes du bassin (érections).

Pour calmer l'excitabilité fréquente du malade, les bains tièdes sont recommandables : on veillera enfin à un exercice modéré et à la liberté du canal intestinal. Il faut déconseiller les travaux manuels excessifs.

Le flirt, les rapports sexuels, la danse, capables les uns et les autres de produire une excitation sexuelle, sont interdits.

Médication interne. — Nous avons déjà dit ci-dessus que l'augmentation de la diurèse par l'abondante absorption de boissons aqueuses avait une action thérapeutique favorable ; c'est dans ce sens qu'agissent les eaux minérales, la plupart des tisanes recommandées, de tout temps, au cours de la blennorrhagie. A cet effet diurétique, certaines plantes ajoutent une action plus spéciale, grâce aux principes — (*spirea ulmaria* = ac. salicylique), (graine de lin = amygdaline, — *uva ursi* = arbutine) antizymotiques ou émollients qu'elles contiennent. On a voulu, dans le même ordre d'idées, faire appel au salol qui, suivant certains auteurs (Sahli), aurait exercé sur l'évolution de l'uréthrite à gonocoques une action particulièrement heureuse. Nos recherches dans ce sens n'ont pas confirmé les résultats de l'éminent clinicien bernois : si l'on veut administrer un médicament capable d'assurer, dans une certaine mesure, l'antisepsie urinaire, c'est à l'urotropine qu'il faut faire appel de préférence.

Les médicaments internes les plus généralement prescrits contre la blennorrhagie sont les balsamiques : copahu, santal, cubèbe, térébenthine, etc. Le copahu et le santal sont de beaucoup les plus employés, et leur action est incontestable : l'un et l'autre provoquent une diminution rapide et — convenablement administrés — durable de l'écoulement uréthral. Pour arriver à ce résultat, le copahu et le santal doivent être prescrits à dose élevée : nous en ordonnons généralement douze capsules par jour, à prendre en trois doses après le repas, ce qui donne un total de 3 à 4 gr. *pro die*. L'ingestion du copahu s'accompagne fréquemment de troubles divers, portant sur l'estomac (plénitude, éructation, anorexie), sur l'intestin (coliques, diarrhée) et sur la surface cutanée. Parfois enfin — cet accident est exceptionnel — on observe des troubles sérieux de l'épithélium rénal. L'administration du copahu, sous forme de glutoïdes, permet d'éviter les troubles gastriques, de beaucoup les plus fréquents.

L'exanthème provoqué par le copahu revêt le type érythémato-papuleux : il apparaît généralement au cours du deuxième septennaire et siège, de préférence, dans le voisinage des articulations, au niveau desquelles il peut rester localisé. La coloration des efflorescences, généralement rosée, peut devenir rouge vif, purpurique. L'exanthème local, au lieu de rétrocéder, peut se généraliser, former, par agglomération et

fusion des éléments, des plaques étendues, couvrant une extrémité entière, donnant une enflure considérable : son extension à la face rappelle le masque de la variole au début. On conçoit que les malades soient généralement très affectés par l'apparition de l'éruption médicamenteuse.

Remarquons que l'apparition de l'exanthème ne commande pas absolument la suppression du médicament ; on observe, en effet, lorsque le traitement est poursuivi, la disparition graduelle des accidents cutanés.

Il importe de dire que l'action du copahu et du santal est lente ; la quantité de l'écoulement diminue assez rapidement sans qu'il y ait de modification importante au point de vue du pus ou des gonocoques. La médication balsamique devra donc être continuée pendant plusieurs (3 à 4) semaines, à dose lente décroissante. Dans ces conditions, on comprend aisément qu'il y a avantage à ne pas commencer trop tôt ce traitement médical — à cause de son action nocive sur l'épithélium gastro-intestinal — et que l'on se trouve mieux de ne l'instituer qu'à partir du 3e septennaire. Lors de la suppression du copahu (7e septennaire), l'écoulement est minime ; on arrive généralement à le juguler par des injections astringentes légères et la guérison s'obtient ainsi en 10-12 semaines : telle est la méthode dite classique qui a fait place à la méthode parasiticide que nous décrivons plus loin. La méthode classique, somme toute, est recommandable : si elle ne mène pas *rapidement* au but, elle conduit *généralement* sans à-coup le malade à la guérison.

Le traitement local, par injections, irrigations ou applications (anthrophores) destinées à modifier (*astringents*) l'état de la muqueuse ou (*parasiticides*) à tuer les gonocoques à la surface et, si possible, dans la profondeur de celle-ci, est un traitement depuis longtemps employé. Il jouit, depuis la découverte de Neisser, et sous l'impulsion directe de son chef et de ses élèves (Jadassohn), d'une faveur croissante, et l'on cherche actuellement à juguler, dès le début, l'infection existante. Au lieu d'attendre — comme le recommande la méthode ancienne (dite classique) — l'heure où les phénomènes inflammatoires sont en forte baisse pour intervenir par les injections, on s'efforce, au contraire, de les pratiquer le plus tôt possible pour couper court à l'infection elle-même. Cette règle oblige à rechercher, dans les médicaments applicables, ceux qui, n'exerçant sur la muqueuse qu'une faible action irritante (celle-ci s'ajoutant à l'irritation déjà grande de la période aiguë rendrait le traitement intolérable), possèdent néanmoins une action parasiticide intense. Il est nécessaire que cette action ne s'exerce pas seulement *in situ* à la surface de l'épithélium, mais surtout dans les replis et dans la profondeur de la muqueuse. Plusieurs médicaments — très estimés dans le traitement des plaies : iodoforme, sublimé corrosif, etc. — doivent être éliminés, parce qu'ils ne répondent pas aux indications ci-dessus. Il n'y a guère actuellement que les sels d'argent, le permanganate de potasse, l'ichthyol qui jouissent de la faveur générale.

Cette méthode — par laquelle on cherche à supprimer la cause de l'écoulement — était déjà indiquée par Ricord, lorsqu'il recommandait le nitrate d'argent, à haute dose, (5 0/0) pour le traitement abortif. On n'a guère eu, autrefois, et pas davantage aujourd'hui, à se louer de l'emploi à pareille concentration de ce médicament dont l'action parasiticide est hors conteste, mais qui, à cette qualité, associe le désavantage de causer une irritation locale très forte. L'expérience clinique démontre que l'effet parasiticide n'est généralement pas de très longue durée ; il s'ensuit la nécessité de faire usage du médicament aussi souvent que le commande la réapparition des gonocoques et ceci pendant un certain temps. De là, l'obligation d'employer à cet effet les médications facilement tolérées par la muqueuse et acceptées par les malades. Le nitrate d'argent ne répond guère — même dilué $\left(\frac{1}{2 \text{ à } 3000}\right)$ — à cette fonction. D'autres sels d'argent, l'argentamine, etc.,

l'argonine (Jadassohn), le protargol (Neisser), l'ichtalbine, l'albargine ont été successivement recommandés et paraissent répondre aux deux desiderata ci-dessus : destruction des gonocoques s'opérant avec le minimum d'irritation muqueuse. Ces différentes combinaisons argentiques (avec l'albumine, l'ichthyol, la caséine) exercent incontestablement une action curative rapide et font, plus rapidement que les remèdes autrefois employés, disparaître les gonocoques.

Il ne nous paraît pas possible de donner ici des formules pour chacun d'eux : il nous suffit de dire que le médecin doit s'efforcer, ce qui varie suivant les malades et suivant la période de l'infection, d'appliquer le titre le plus énergique des différents médicaments que nous venons d'énumérer, pourvu que l'irritation causée ne soit pas excessive.

La clinique démontrant que les gonocoques réapparaissent — après un temps variable — dans le pus, il est indiqué de revenir à la charge aussi souvent que nécessaire par l'application des médicaments parasiticides; il est également recommandé d'en continuer l'emploi pendant un certain temps après la disparition des parasites.

Tel est, brièvement exposé, le traitement mis en vogue par l'Ecole de Breslau, accepté de plus en plus par les spécialistes; hâtons-nous de dire qu'il est combattu par des médecins de valeur (Finger) qui ne lui accordent pas tout le crédit de ses protagonistes. A l'appui de ceux-là, on peut invoquer différents faits, de valeur d'ailleurs inégale, entre autres la persistance de l'écoulement longtemps après la disparition du gonocoque dans le pus (dans la muqueuse?); il en est de même de l'extension *presque fatale* à l'urèthre profond d'une infection qui, cantonnée dans l'urèthre antérieur et rigoureusement traitée à ce niveau, n'a cependant pas pu y être localisée, malgré l'application régulière du traitement parasiticide. Nous avons, à reprises réitérées, fait cette observation et ne pouvons nier qu'elle batte sérieusement en brèche la valeur de ce traitement dans ce qu'il a de trop absolu. Nous reconnaissons cependant l'avantage de la méthode recommandée par Neisser; il est vraisemblable que les médicaments employés ne sont pas toujours à même de pénétrer assez profondément dans la muqueuse pour y exercer l'action désirable; de là, les réinfections de la surface et la réapparition de la suppuration gonococcique. Mais cette méthode n'eût-elle comme effet que celui de stériliser les couches épithéliales superficielles et une partie des annexes, qu'elle répondrait déjà à une des exigences importantes du traitement.

En disant, tout à l'heure, que l'on devait, au début du traitement, employer les sels d'argent à un titre aussi élevé que possible (pourvu que l'irritation créée soit faible), nous reconnaissions que ces médicaments sont capables d'exercer une certaine action caustique qui seule, lorsque les gonocoques ont ou paraissent avoir disparu, suffit parfois pour entretenir l'écoulement. On s'aperçoit aisément de la chose lorsque, au lieu de pratiquer des injections 3 à 4 fois par jour — le liquide exerçant sur la muqueuse son action irritante pendant 15 à 30 min. — on ne pratique plus l'injection qu'une fois par 24 heures; la modification apportée suffit fréquemment pour tarir l'écoulement. On est en droit d'en tirer la conclusion que les applications locales, lorsqu'on est arrivé à cette période, doivent être plus espacées; le titre de la solution sera simultanément abaissé.

A un moment donné, on renoncera à l'emploi des sels d'argent pour recourir à celui de combinaisons moins nocives pour la muqueuse. Parmi celles-ci, nous donnons à l'ichthyol (Jadassohn) (0,5 — 1 %), une place importante; on peut se louer aussi de l'emploi de doses faibles de sulfate de zinc. Le permanganate de potasse à dose concentrée nous a donné peu de résultats favorables, son action irritante étant prononcée et son

activité parasiticide très minime; à faible dose (Guiard), il nous paraît avoir sa raison d'être et nous avons souvent eu à nous féliciter de l'avoir employé ($^1/_{6000}$) à la période terminale de la blennorrhagie.

Les *injections* — que le malade pratique après avoir uriné — sont faites avec une seringue (8-10cc) en verre ou caoutchouc durci, à extrémité conique, pour éviter de blesser l'urèthre balanique; le patient les fera avec douceur tout en ayant soin de remplir convenablement, en le dilatant legèrement, son urèthre antérieur. Il permet ainsi à l'action modificatrice de se faire sentir dans les moindres replis de la muqueuse. Après chaque injection, on appliquera un tampon de gaz stérilisée sur le méat; ce pansement sera fréquemment renouvelé. Le médecin agira sagement en surveillant la manière d'opérer du malade qui, souvent, fait très mal ses injections.

Le résultat donné par cette méthode locale est bon; disons toutefois qu'il échoue parfois complètement sans qu'on en puisse trouver le motif. Il n'est pas très rare, après une certaine période, de voir l'écoulement, lorsque le gonocoque a disparu, tarir après suppression du traitement local : on peut admettre qu'il était dû, dans ce cas, à l'irritation du médicament injecté.

Janet a introduit dans la thérapeutique des urèthrites, les *irrigations* ou lavements vésicaux; pour les réaliser, on fait agir — par l'intermédiaire de l'urèthre antérieur — sur le sphincter interne, le poids d'une colonne liquide qui finit, au bout d'un temps variable, suivant les malades et leur degré d'éducation, par en forcer l'ouverture : le liquide pénètre ainsi dans la vessie en lavant la surface uréthrale dans toute sa longueur.

Pour le traitement des uréthrites, on se contente, en général, de faire pénétrer 300 à 400cc de liquide dans le réservoir vésical. Le liquide modificateur admis dans la vessie est immédiatement évacué et l'opération peut-être renouvelée aussi souvent que nécessaire. En cas de cystite, cette méthode est inapplicable, vu l'intolérance du réservoir vésical.

La *méthode Janet*, permettant un balayage de l'urèthre entier, peut ainsi, avec la solution médicamenteuse, modifier la muqueuse de celui-ci (annexes exceptées) dans toute son étendue. Ce que l'on sait actuellement de la participation régulière de l'urèthre profond à la phlegmasie gonococcique, ordonne donc d'y recourir dès le moment où l'on est décidé d'intervenir localement. La méthode Janet constitue donc une amélioration importante dans la thérapeutique des maladies de l'urèthre.

Les médicaments employés dans ce mode de traitement sont les mêmes que ceux qui sont indiqués ci-dessus. L'on doit à Janet l'application fréquente du permanganate de potasse; à côté de celui-ci les solutions les plus usuelles sont celles d'ichthyol, de sublimé (?), de nitrate d'argent, etc., etc. Quoi qu'il en soit, il faut veiller à ne mettre en jeu que des solutions diluées — cela est surtout vrai du sublimé que nous avons abandonné, et du permanganate de potasse, — ceci afin d'éviter l'apparition de phénomènes d'intolérance vésicale dus à la cautérisation produite par des solutions trop concentrées. Nous avons retiré grand avantage des irrigations à l'ichtargan; l'ichthyol est aussi bien supporté; lorsque survient l'intolérance vésicale, il faut suspendre pendant plusieurs jours ce mode de traitement et n'y revenir qu'avec des solutions très faibles; celles-ci se font à une température voisine de 38°. Notons enfin que certains malades sont incapables de relâcher leur sphincter volontaire et, même après de nombreuses tentatives infructueuses, sont réfractaires à ce mode thérapeutique; d'une manière générale, il faut, pour éviter cet écueil, se garder d'élever outre mesure la hauteur de la colonne liquide; parfois même, c'est en diminuant la pression que l'on facilite le succès de la manœuvre.

Le *traitement des uréthrites profondes* est appliqué localement au-delà du sphincter externe à l'aide d'une seringue armée d'une sonde qui permet d'irriguer isolément l'urèthre profond ou de déposer à sa surface une quantité modérée de liquide. A cet effet, on utilise beaucoup la seringue de Guyon et l'appareil d'Ultzmann, qui, l'un et l'autre, sont destinés à pratiquer des *instillations*. Il va sans dire que les instillations peuvent aussi être faites sur telle section de l'urèthre antérieur dans laquelle l'uréthrite est localisée — il s'agit généralement de la *pars bulbosa*. A ce titre, le traitement par instillations convient surtout à l'uréthrite chronique, fréquemment localisée sur une partie restreinte de l'urèthre antérieur ou postérieur.

Les combinaisons médicamenteuses employées pour les instillations sont les mêmes que celles décrites plus haut ; généralement, le titre en est plus élevé.

Pratiquées au niveau de la muqueuse du col vésical et de la prostate, les instillations exercent, sur certaines manifestations qui y ont leur origine (pollakiurie, ardeurs vésicales, miction paradoxale), une action sédative très évidente, même en dehors des accidents gonococciques. A l'égard de ceux-ci, elles font valoir leur action parasiticide ; lorsque le liquide caustique est déposé dans le voisinage du débouché de glandes volumineuses (prostate, glandes de Cowper), il doit en résulter une hypersécrétion de celles-ci et par là même un balayage de leur cavité. Les instillations — vu la concentration prononcée des solutions employées — ne sont pas pratiquées très fréquemment, en général tous les 3 à 4 jours.

Les *anthrophores* — soit les bâtonnets fusibles à base de cire — dans lesquels sont incorporées des substances actives (résorcine, ichthyol, sels d'argent) sont appliqués comme une sonde uréthrale. Leur longueur varie suivant que l'on veut atteindre la muqueuse de l'urèthre antérieur ou postérieur seul, ou que l'on veut intervenir sur toute la longueur du canal urinaire. Par l'emploi de ces appareils, on cherche à obtenir, par la lente fusion de ceux-ci, une action modificatrice de longue durée.

Il ne nous a pas paru que l'emploi de ces appareils soit avantageux, et nous ne voyons pas qu'il se généralise.

Voilà, en raccourci, l'exposé des traitements à opposer aux accidents blennorrhagiques aigus et chroniques de l'urèthre. Il n'y a aucune utilité à séparer ceux-ci les uns des autres, cette division étant purement théorique et le traitement ne différant que dans une mesure relative, puisqu'il repose surtout sur le titre des solutions médicamenteuses, titre plus élevé dans les écoulements d'ancienne date. Ce que nous avons dit ci-dessus montre en outre que les accidents chroniques sont *localisés* dans la muqueuse uréthrale en opposition aux accidents aigus qui la modifient dans toute son étendue.

La persistance de cet état pathologique sur certains points amène, à la longue, des modifications considérables — communes à toutes les phlegmasies chroniques — de la muqueuse : hyperplasie avec ratatinement ultérieur cicatriciel et formation fatale de la coactation (*rétrécissement*) de l'urèthre. Nous n'avons pas à traiter ici cette question, il nous suffira de rappeler que les modifications hyperplasiques de la paroi seront plutôt *diffuses* dans la blennorrhagie — processus diffus lui-même — en opposition à celles que provoque le traumatisme qui exerce généralement une action locale, et produit comme conséquence ultime un rétrécissement *local*.

On conçoit que dans la période tardive de la blennorrhagie, alors que l'écoulement est plus muqueux que purulent et repose, non plus sur la virulence, mais sur la mauvaise circulation et l'infiltration de la muqueuse et de ses glandes, on puisse agir avantageusement par la *dilatation uréthrale*. La dilatation peut être pratiquée au moyen de sondes métalliques : on cherche dans ce cas à pousser la dilatation à un degré élevé ; on

provoque ainsi par le massage une circulation plus active et — c'est là le but poursuivi — la résorption des exsudats dont l'organisation définitive conduit au rétrécissement. On charge parfois (*Unna*) ces sondes d'une pommade à base médicamenteuse active (ichthyol, résorcine, sels d'argent) méthode qui, dans la pratique, ne nous paraît pas supérieure à l'emploi des sondes nues : cela est également vrai des sondes cannelées (*Casper*).

L'indication de la dilatation forcée — comme la réalise l'appareil d'*Oberlœnder* — ne nous paraît pas donnée par la blennorrhagie dans sa période violente : elle s'applique aux périodes plus tardives (*rétrécissements larges*).

Les données thérapeutiques contenues dans le présent chapitre démontrent — nous y revenons en terminant — la nécessité des recherches microscopiques régulières au cours de la blennorrhagie. Il ne nous paraît pas possible de ne pas se conformer, dans ce domaine, aux données de l'Ecole de Breslau. Chaque semaine, une ou deux fois, l'écoulement (exprimé, le cas échéant, au moyen de la bougie à boule) — avant la première miction du jour — doit être examiné et c'est le résultat de cet examen qui dicte le traitement : omettre cette précaution, *c'est opérer à l'aveuglette.*

Deux mots encore concernant la *prophylaxie* de la blennorrhagie chez l'homme. Pour certains moralistes, le seul remède à l'extension formidable de la blennorrhagie consiste dans le retour (?) à la pureté des mœurs. Nous n'y voulons nullement contredire, mais comme médecin, nous devons nous placer en face des faits que notre profession nous met à même de constater; or, rien n'est mieux établi que les dommages causés par le gonocoque. Le devoir ordonne au médecin, *dans son domaine*, de lutter contre ce péril.

L'usage du condom est un bon moyen — si l'appareil a les qualités voulues de résistance — de protéger l'urèthre masculin. A côté de cette protection mécanique, l'on peut faire appel aux subtances parasiticides : injections de sublimé $^{1}/_{100}$, de nitrate d'argent $^{2}/_{1000}$, pratiquées sitôt après le rapprochement sexuel. Les injections ont un inconvénient réel, celui de provoquer une irritation prononcée de la muqueuse, irritation capable de durer plusieurs jours. La pratique paraît plus favorable à l'instillation dans la fosse naviculaire d'une goutte de solution de protargol dans la glycérine ($^{20}/_{100}$). Cette opération, facile à faire (appareil de Frank), paraît donner de bons résultats. (1)

(1) *La Blennorrhagie et ses complications*, par le Dr Dind, un vol. in-8, Lausanne 1902.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux.

Traitement de la fièvre typhoïde (*British med. J.*, 12 juillet 1902). — M. N. E. Norway indique une méthode de traitement de la fièvre typhoïde qui lui a toujours réussi, même personnellement quand il fut atteint de cette maladie. Il a d'abord été frappé de deux faits, le premier est que les aliments trouvés dans le tube digestif des typhiques autopsiés ne sont jamais digérés, même le lait, ce qui fait que les malades sont la proie d'une consomption rapide, la température fébrile exagérant les dépenses en azote et en hydrocarbures. Il semblerait que le bacille d'Eberth s'oppose à la digestion et à l'assimilation des aliments. En second lieu, le bacille échappe à toute action pouvant être exercée par les antiseptiques internes, parce qu'il semble que le courant sanguin aide à la diffusion du bacille ou de ses produits. Tandis que la réaction de Widal peut être obtenue le quatrième jour de la maladie, que le bacille peut se rencontrer dans l'urine le troisième jour, on ne le retrouve dans les selles que le neuvième jour. Le bacille se dérobant à nos moyens d'action, il ne reste plus qu'à augmenter le pouvoir de résistance du malade.

Dans ce but, Norway donne une potion dans laquelle entrent de la pepsine et de l'acide chlorhydrique afin de permettre la digestion des aliments. Il y ajoute, suivant les cas, quelques gouttes de chloroforme et si le sommeil est troublé, il donne un peu de chlorhydrate de morphine. La température tombe dès le second ou troisième jour, il diminue alors la dose de pepsine, tout en continuant son usage, jusqu'à ce que la douleur de la fosse iliaque disparaisse et que la température et les selles redeviennent normales. Jamais il n'a observé d'effet fâcheux de ce traitement, il aurait plutôt regretté de l'avoir suspendu trop tôt.

Au début, il donne 0 gr. 05 de calomel et 0 gr. 60 de phénacétine, plutôt comme antiseptique contre les bacilles autres que celui d'Eberth, l'infection mixte aggravant souvent l'état des malades.

Pour le reste, lotions fréquentes, air frais, lait non bouilli lorsque son origine est sûre, en y ajoutant du café ou du thé. L'examen des selles décide du changement de régime. Contre la constipation, lavements de glycérine.

L. Jumon.

Le traitement abortif et éliminateur de la fièvre typhoïde, (*Mercks Archives*, mai 1902). — V. Hubbard recommande un traitement qui, selon lui, donne d'excellents résultats. Toutes les deux heures, on administre un cachet contenant : calomel 0,03 gr., carbonate de gaïacol 0,10 gr., podophyllin 0,0015 gr. Ce traitement est continué pendant 12 à 24 heures; à ce moment on remplace le calomel par une quantité égale de menthol. Si la suppression du calomel provoque de l'atonie intestinale, on donnera tous les matins de l'eau purgative à dose laxative. Si au bout de 3 à 4 jours la température remonte, l'auteur reprend le calomel pour 24 h. Il va sans dire que le dosage variera avec la gravité du cas.

Trente-quatre cas ainsi traités ont tous guéri : la température est redescendue à la normale au plus tard le 14e jour. Il n'y eut jamais de complications, à l'exception de deux cas avec hémorragie intestinale très légère. Dans des cas non soignés dès le début et présentant des complications, ces dernières cédèrent rapidement à la médication.

E. Vogt.

Perforation de l'intestin au cours de la fièvre typhoïde (*Société de chirurgie*, 18 juin 1902). — M. Ricard a communiqué deux cas, dont l'un personnel, où l'accident de perforation de l'intestin, d'origine dothiénentérique a été enrayé par l'intervention précoce.

A. Benoit.

Traitement de la Scarlatine à la Maison d'isolement par le Dr Waldo E. Escudero, (de Buenos-Ayres) (*Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas*, mars 1902). — Comme on ne connaît pas l'agent causal de la dite maladie la prophylaxie doit se limiter à l'isolement et le traitement à combattre les symptômes.

L'auteur a fait un certain nombre d'expériences avec du sérum de malades convalescents de scarlatine. Cependant il ne peut encore formuler aucune conclusion. Par contre il a constitué en méthode exclusive de traitement le suivant : la sérothérapie au moyen du sérum artificiel de Hayem. Ce sérum augmente l'énergie des échanges intra et extra cellulaires : l'ativité phagocitaire s'exagère, et finalement les réactions nerveuses, vasculaires et secrétoires augmentent considérablement.

Chez cinq malades chez lesquels il a employé systématiquement la dermoclyse de sérum Hayem, il a vu la quantité d'urine augmenter considérablement, on abrège ainsi la période d'éruption qui suit son évolution jusqu'au complet rétablissement.

Dernièrement, vu le grand nombre de malades et l'impossibilité de faire la dermoclyse à tous, on l'a remplacée par les lavements froids du même sérum et les effets obtenus ont été les mêmes. Ces lavements sont administrés matin et soir à la dose de 500 grammes et sont faits systématiquement à tous les malades.

L'isolement, ainsi que les bains tièdes quand la température dépasse 37° etc. sont faits avec un soin rigoureux.

Les lavages de la bouche, du nez et des oreilles sont trés soignés et l'auteur recommande le thymol en solution faible pour les lavages de la bouche de préférence à tous les autres antiseptiques.

F. Bérini.

Traitement de la diphtérie par l'antitoxine et la pilocarpine (*Mercks Archives*, mai 1902). — Saunders associe la pilocarpine au traitement antitoxique, dans le but de favoriser l'élimination des toxines et d'exciter l'activité des leucocytes qui détruisent localement les bactéries. L'auteur est persuadé en outre que la pilocarpine s'oppose au développement des paralysies diphtéritiques.

300 cas ainsi traités n'ont pas donné un seul décès : 2 ou 3 cas seulement de paralysies légères ont été enregistrés.

Quelle que soit, d'ailleurs, la variété d'angine à laquelle on ait affaire, l'administration de pilocarpine d'emblée sera utile : l'auteur la prescrit donc avant même que l'examen microscopique ait révélé la nature véritable de l'infection amygdalienne. Il faut arriver à l'action physiologique (salivation, diaphorèse, etc.) : les doses varieront en conséquence suivant les cas, et l'administration sera continuée sans relâche ; on diminuera les doses quand la température sera revenue à la normale, pour ne cesser la médication qu'au bout de 2 jours environ après ce moment.

Si le malade n'entre en traitement qu'au cinquième jour de l'affection, on donnera le remède avec prudence, pour éviter la dépression cardiaque.

L'auteur ne fait jamais de traitement local, la salivation abondante détergeant suffisamment la région envahie par les fausses membranes,

E. Vogt.

Le traitement du rhumatisme blennorrhagique, par Guépin (*Progrès medical*, 21 juin 1902). — Le rhumatisme blennorrhagique n'est autre que l'expression d'un état infectieux généralisé ; pour que celui-ci se produise deux conditions sont indispensables : 1° une infection urétrale ou para-urétrale chez l'homme, génitale chez la femme, 2° une cause de stagnation des produits infectieux ou toxiques dans un point quelconque des voies génito-urinaires où ils pourront être normalement ou accidentellement résorbés. Il faut se hâter d'ajouter que le rhumatisme blennorrhagique n'est point directement en rapport avec l'acuité des phénomènes locaux d'urétrite ou la virulence apparente des micro-organismes soupçonnés et que la localisation articulaire semble attirer sur elle la puissance nocive de l'infection généralisée.

Les traitements classiques actuels du rhumatisme blennorrhagique sont non-seulement insuffisants, mais illogiques. Les règles que l'on doit se tracer lorsque l'on veut traiter ce syndrôme sont les suivantes. Tout d'abord, il faut faire cesser la stagnation dans les conduits glandulaires infectés : il faut donc avant tout calibrer l'urètre et faire disparaître les atrésies ou les rétrécissements qui peuvent l'obstruer ; les glandes seront vidées par la compression digitale, préconisée depuis longtemps par Reliquet ; on peut ainsi agir sur la prostate, les glandes de Méry et les glandes de Little ; le troisième moyen consiste à cautériser très légèrement l'urètre au niveau des orifices glandulaires (les instillations de nitrate d'argent à 1 ou 2 0/0 sont préférables). Enfin on enlèvera la glande (glande de Mery ou de Bartholin) si elle est le siège d'une infection qui s'y soit fixée.

Pour modifier la nature des produits sécrétés et les tissus qui les excrètent, les moyens locaux auxquels on peut avoir recours sont : le bain térébenthiné, sulfureux, arsenical, les

applications locales sur la glande d'onguent napolitain, de pommades iodurées. A l'intérieur chez les tuberculeux en puissance, les sulfureux, la créosote, l'arsenic, chez les syphilitiques le traitement, chez tous les malades les antiseptiques urinaires (salol et urotropine) seront usités. Si l'on peut atteindre par les lavages l'appareil glandulaire infecté (grâce à une fistule ou une incision), la solution de chloral, d'acide phénique, l'eau oxygénée, la teinture d'iode, le chlorure de zinc, l'iodoforme sont préférables comme antiseptiques locaux au salol et au sublimé.

Dans le cas d'arthrite aiguë avec liquide louche constaté à la ponction, il faut avoir recours sans hésiter à l'incision large et précoce; le drain sera retiré rapidement et le membre immobilisé le moins longtemps possible : 15 jours suffisent en moyenne.

Quand les lésions articulaires sont anciennes on aura à lutter contre la névrite concomitante, contre les poussées aiguës par les moyens ordinaires, massage, électricité, (bain de Tallermann; contre l'ankylose, la seule ressource est la résection.

F. Sainton.

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr Chassevant

Professeur agrégé à la faculté de Médecine.

Un cas de maladie d'Addison traité par l'opothérapie par G. B. Allaria et M. Varanini (*La Clinica Medica* n° 1, 1902). — Les auteur sont recherché l'influence du traitement opothérapique sur l'évolution de cette maladie et plus particulièrement sur les échanges organiques en donnant à leur malade une préparation de glandes surrénales préparée selon les indications de Stœltzner; chaque tablette correspond à 0. gr. 005 de substance sèche. Dans une période de 20 jours la malade a pris 165 tablettes, c'est-à-dire 0,825 grammes. Le traitement n'aboutit à aucun résultat favorable et la malade quitta la clinique; son état s'était aggravé : l'état général n'a pas subi d'amélioration. Les recherches chimiques et biologiques ont démontré que le traitement n'a exercé aucune action sur les échanges organiques Les auteurs croient que ces résultats si différents de ceux publiés par d'autres auteurs, tiennent au fait que la maladie d'Addison présente souvent dans son évolution des rémissions, plus ou moins durables, qui peuvent quelquefois simuler une guérison.

A. L. Percival

Traitement médical des tumeurs malignes (*Merck's Archives*, mai 1902). — V. Boltenstern distingue la médication spécifique de la non-spécifique. La première, basée sur la supposition que les tumeurs malignes seraient dues à la *nectria ditissima*, utilise la nectrianine, sorte d'extrait de nectria : les résultats ne semblent pas bien probants jusqu'ici.

La méthode non spécifique consiste dans le traitement par des toxines ou des sérums ne provenant pas d'une affection maligne. Dans cet ordre d'idées, on a utilisé une toxine provenant de cultures de streptocoques : l'étude des cas favorables démontra que certains sarcomes ont seuls bénéficié de l'application de ce traitement.

Le sérum de mouton immunisé contre l'érysipèle, injecté dans la tumeur, a provoqué dans quelques cas une amélioration de l'état local : la méthode n'a pas donné de résultats très encourageants dans leur ensemble.

Restent les topiques : parmi eux, l'iodoforme est fort recommandable, de même que le chlorure de zinc en solution de 20 à 80 0/0. Le formol en solution de 10 à 30 0/0 rend de grands services dans les cas compliqués d'hémorragie.

Il est inutile de rappeler l'action de l'arsenic, *intus et extra*. Les badigeonnages avec le mélange de Czerny (acide arsénieux 1 partie, alcool, eau ãã 75 parties), ont donné des résultats dans un grand nombre de cas de carcinome : le sarcome est réfractaire.

L'auteur préfère la méthode telle qu'elle a été indiquée par son auteur à tous les perfectionnements qu'on lui a fait subir : les sels arsenicaux, par exemple, sont trop rapidement absorbés et n'offrent pas d'avantages thérapeutiques spéciaux.

E. Vogt.

Emploi du camphre dans la cure de démorphinisation (*Therap. Monatshefte*, juillet 1902). — Hofmann a reconnu que l'action du camphre sur le système cardio-vasculaire de l'individu bien portant s'exerce en sens inverse de celle de la morphine : le camphre provoque une constriction vasculaire avec augmentation de pression.

Chez le morphiniste, l'injection de morphine provoque une réaction du même genre, alors que la morphine est vasodilatatrice, et abaisse la pression chez l'homme sain. L'auteur a en conséquence songé à administrer du camphre au cours de la cure de démorphinisation : les effets obtenus ont été très satisfaisants : chose curieuse, c'est principalement l'état mental des malades qui a été amélioré. Le camphre est donné par voie stomacale, en général à la dose de 0,05 grammes trois fois par jour.

E. Vogt.

Action de l'iodure de potassium en cas de régime pauvre en chlorure de sodium (*Monatshefte f. pr. Dermatologie, fasc.* 34 1902). — Sellei a essayé d'utiliser la méthode de Richet et Toulouse pour faire supporter l'iodure de potassium à des malades présentant des phénomènes d'iodisme. Une trentaine de patients prirent de l'iodure dans du lait : leur alimentation consista en lait, laitages, fruits, avec suppression complète du sel de cuisine.

Chez aucun des sujets en observation, ce régime spécial n'a diminué les accidents d'iodisme.

E. Vogt.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux.

Sur le traitement de l'appendicite (*Académie de Médecine*, 8 et 15 juillet 1902). — Une discussion nouvelle s'est élevée au sujet du traitement chirurgical de l'appendicite; elle a été soulevée par une nouvelle communication de M. Dieulafoy, dont on connaît la tendance à présenter cette maladie sous son jour le plus défavorable, pour en tirer des conséquences thérapeutiques d'autant plus dangereuses que son nom leur prête de valeur. Non satisfait de voir la majorité des chirurgiens français, sous l'influence d'une pression obstinée, recourir à l'opération dans presque tous les cas et, comme conséquence, de graves erreurs de diagnostic se multiplier, cette fois, c'est contre la temporisation jusqu'à la période de « froid » qu'il s'élève et il déclare que : « attendre pour opérer que l'appendicite soit refroidie, c'est exposer le malade à la mort ».

Une indication domine toutes les autres, selon lui, arracher le malade au danger que lui fait courir l'*intoxication d'origine appendiculaire*. Il cite à l'appui un cas d'une gravité exceptionnelle, un de ces cas que tous les médecins commencent à bien connaître aujourd'hui, et qui sont, non la règle, mais bien l'exception.

Le nouveau malade observé par M. Dieulafoy a été opéré par M. Fredet le 4e jour; il a succombé le 8e, au milieu des symptômes du vomito negro appendiculaire. M. Letulle a trouvé dans les reins un grand nombre de tubes nécrosés, au foie des lésions de dégénérescence granulo-graisseuse des cellules hépatiques centro-lobulaires, toutes ces lésions paraissant relever de l'élimination de substances toxiques de provenance appendiculaire (bien que l'appendice ait pu être enlevé et l'abcès drainé, mais trop tard selon l'auteur).

La péritonite, dit-il, est ainsi reléguée au second plan. Seulement, la relation de l'autopsie porte qu'il existe un léger exsudat fibrineux sur quelques anses intestinales. Il n'y a pas de collection purulente, mais une *cuillerée de pus bien lié* dans le petit bassin. N'importe, le foyer appendiculaire est le seul coupable. Car, la virulence peut devenir très rapidement extrême dans ces abcès fermés. Que dire des appendices largement ouverts que l'on trouve dans plus de la moitié des cas, contrairement à sa doctrine?

Sur cette question médico-chirurgicale, l'avis des médecins n'est pas unique. M. Chantemesse exprime le sien dans un sens plus conforme à l'expérience qui s'est faite dans ces dernières années : les appendicites marchent très différemment suivant que l'appendice est libre dans l'abdomen, ou englobé dans des adhérences. Dans le premier cas, l'infection péritonéale se fait comme s'il s'agissait d'une perforation intestinale typhique. L'intervention opératoire est la seule voie de salut. Si le foyer d'infection est limité, comme dans le second cas, il y a tout avantage à temporiser. On épargne au malade un choc pendant la période de fièvre, une intoxication nouvelle due au chloroforme et qui n'est pas négligeable, l'organisme étant déjà envahi par des germes infectieux. M. Lucas-Championnière vient se déclarer plutôt partisan de l'opération précoce dans tous les cas et revient sur ces cas à infectiosité extrême, *malgré l'absence de température*, dont le tableau clinique est aujourd'hui de notion courante.

Ce n'est pas sur des théories extrêmes comme celle du Pr Dieulafoy que l'accord peut se faire et que l'on arrivera à convaincre les nombreux praticiens qui possèdent des statistiques d'appendicite de gravité moyenne, récidivées ou non et terminées par la guérison, sans qu'aucun traitement autre que le traitement antiphlogistique médical ait été institué. Tout dogme est inadmissible en chirurgie. La fréquence et la gravité de l'appendicite, il faut se rendre à l'évidence, ont singulièrement augmenté dans ces dernières années. Les cas à allures suspectes sont tous opérés aujourd'hui, sans qu'on puisse avoir de remords, puisqu'on est certain d'avoir agi dans l'intérêt du malade. Des exemples dramatiques, qui ont tous été publiés, sont venus mettre les chirurgiens en éveil; la leçon n'a pas été perdue et la symptomatologie de ces cas est assez bien fixée. Mais auprès de beaucoup de malades, le diagnostic est bien établi, sans qu'aucun symptôme alarmant puisse être relevé et le malade a toute chance de passer heureusement la première atteinte. Il y a tout

avantage alors à ce qu'on temporise, tout en surveillant. C'est la conduite à laquelle se range M. Paul Reclus à la fin de ce débat. C'est également celle qui convient dans les cas où le diagnostic, souvent si difficile, demeure incertain. M. Reclus déclare qu'il a alors « peu de goût à intervenir ». Nous ajouterons que le malade y gagnera, sinon toujours, malheureusement, du moins souvent, nous en connaissons de nombreux cas, sa guérison définitive sans intervention opératoire. C'est M. Dieulafoy lui-même qui nous le dit, au cours de son argumentation contre les opérateurs à froid : « les succès de l'opération faite à froid n'ont rien qui doive nous surprendre : opérer à froid, c'est opérer un malade déjà guéri ou presque guéri ; la phase aiguë et redoutable de l'appendicite est passée... L'opérateur à froid éteint un foyer qui ne brûle plus ».

Ainsi donc, il est avéré que beaucoup de cas évoluent vers la résolution. Dans ces cas, où nous sommes appelés vers le quatrième ou cinquième jour, parce qu'il ne s'est produit aucun signe alarmant, nous reconnaissons des appendicites de gravité moyenne. Au nom de quels dangers irions-nous refuser au malade la chance d'une guérison naturelle, ou du passage « au froid » qui le mettra dans les meilleures conditions pour être opéré?

Nous ne saurions, je crois, rien dire de plus éloquent que les aveux que nous citons plus haut et qui condamnent les théories ultra-radicales des opérateurs à chaud.

A. Benoit.

Traitement chirurgical de la perforation de l'ulcère de l'estomac (*British Med. J.* 12 juillet 1902). — M. Georges Heaton relate cinq cas de perforation de l'ulcère stomacal traitée par la laparotomie et la suture avec deux guérisons et trois morts. Dans un cas la mort survint vingt jours après par un empyème et un abcès du foie, dans les deux autres par la péritonite généralisée. L'auteur estime la proportion totale de la perforation dans l'ulcère stomacal à 15 p. c., mais la perforation est bien plus fréquente lorsque l'ulcère siège sur la paroi antérieure, qui est moins protégée et moins disposée à la formation d'adhérences. Il est probable que la perforation se produit dans 60 p. c. de ces cas.

Le diagnostic de la perforation dans les cas typiques n'offre pas de difficulté, mais dans certains cas ou il y a plutôt déchirure légère que perforation, le diagnostic peut être difficile car une fois que les symptômes initiaux sont passés, tout semble rentrer dans l'ordre. Heaton conseillerait dans ces cas d'explorer l'organe avec le doigt à travers une incision exploratrice. Certaines affections abdominales aiguës peuvent simuler une perforation d'ulcère, telles sont l'occlusion intestinale, la rupture d'un ulcère duodénal, la rupture d'une grossesse tubaire, la pancréatite hémorrhagique, l'injection de liquides caustique, les coliques vicérales.

Dans l'opération on doit rapidement effectuer les différents temps et réduire les effets du choc. La salle d'opération doit être chaude, de même que la table sur laquelle on porte le malade qui doit être chaudement enveloppé. A la fin de l'intervention, on fera une injection de sérum normal intra-veineux d'un demi-litre à un litre pour combattre le choc opératoire.

L'estomac est examiné à travers une incision abdominale médiane et lorsque la perforation est bien déterminée dans son siége, on élargit l'incision par une seconde tracée horizontalement sur le muscle droit à droite ou à gauche. On examine soigneusement la face antérieure puis la face postérieure de l'estomac à travers une déchirure de l'épiploon gastro-colique. Lorsque la perforation est découverte on la ferme par une simple ou une double rangée de sutures de Lambert, ce qui n'offre de difficulté que lorsque l'ulcère est étendu pour invaginer les angles de la plaie et empêcher les sutures de sectionner le tissu friable de l'estomac. En pareil cas on peut fixer sur la lésion un fragment de l'épiploon ou de quelque viscère voisin. On retire ensuite soigneusement la cavité péritonéale, surtout lorsqu'il se fait quelque suintement par les sutures de l'estomac. Le nettoyage se fait au mieux avec irrigation d'une certaine quantité de solution saline chaude qu'on fait pénétrer dans les replis de la cavité surtout entre le foie et le diaphragme. Lorsque l'excès de liquide est enlevé on place un tube de drainage dans chaque flanc et un troisième dans le cul-de-sac de Douglas. Ce dernier peut être introduit à travers une contre-ouverture faite au dessus du pubis.

Pour combattre le choc, on fait des injections intra-veineuses de sérum à la fin de l'opération, on peut encore les remplacer par des injections hypodermiques de strychnine et des lavements d'eau-de-vie. On ne donnera aucune nourriture par la bouche avant les trois ou quatre premiers jours, mais toutes les quatre heures un lavement de 120 grammes de lait peptonisé et un lavement de jus de viande également peptonisé.

Toutes les 24 heures on injecte dans le rectum un demi-litre de solution saline chaude que le malade garde. L'auteur, dans un cas a pu soutenir l'alimentation rectale pendant quatorze jours sans autre inconvénient pour le malade qu'une légère soif. L'alimentation par la bouche

doit être reprise avec une grande fréquence.

Le temps écoulé entre la perforation et l'opération influence le pronostic, en raison du danger de la péritonite septique. D'après Robson et Moynihan la mortalité est de 28 5 0/0 quand cet intervalle est de 12 heures, de 63, 6 0/0 de 12 à 24 heurrs, de 87, 5 0/0 de 24 à 36 heures, de 100 0/0 de 36 à 48 heures et de 51, 5 0/0 au délà de 48 heures. Dans le pronostic, interviennent également la dimension de la perforation ou de l'ulcère et son siège sur la paroi antérieure ou postérieure.

L. Jumon

Traitement chirurgical de l'ulcère stomacal, par Sahli (de Berne) (*Corresp. Bl. f. Schw. A.* 1er et 15 juin 1902). — D'après M. Shali, le traitement interne de l'ulcère stomacal n'est pas tellement favorable qu'il doive restreindre l'intervention chirurgicale. La plupart des cas non compliqués opérés jusqu'à présent démontrent seulement que l'ulcère de l'estomac peut aussi guérir après une opération.

La gastro-entérostomie qui a jusqu'à présent été surtout employée dans l'ulcère de l'estomac est indiquée dans les sténoses infranchissables du pylore, comme il peut s'en produire par les adhérences et les cicatrices dans l'ulcère.

Il n'est pas démontré que la gastro-entérostomie soit un moyen digne d'être recommandé pour arrêter les hématémèses. La plupart des hémorragies s'arrêtent d'elles-mêmes à la suite de prescriptions hygiéniques convenables, et même pour les hémorragies qui résistent à ce traitement, surtout pour les hémorragies dangereuses de l'artère liénale il n'est pas démontré qu'elles puissent être réprimées par la gastro-entérostomie.

Au contraire on connait des cas dans lesquels des hématémèses se sont produites à la suite de la gastro-entérostomie. La plupart des hématémèses qui mettent l'existence en danger deviennent foudroyantes. L'état du malade devient immédiatement tel qu'on ne peut songer à une intervention.

Les résultats thérapeutiques du traitement interne de l'ulcère stomacal peuvent être considérablement améliorés lorsque, sans céder à une crainte exagérée, on emploie à propos la sonde stomacale pour combattre la stase. Il n'est pas démontré que ces ulcères stomacaux sans sténose pylorique cicatricielles ou adhésive, qui ne sont pas guérissables par le traitement interne, guérissent par l'opération de la gastro-entérostomie, car il s'agit d'abord dans ces formes incurables d'ulcères très étendus occupant une grande partie de la surface de l'estomac et en second lieu d'ulcères qui par la formation d'adhérences gagnent le foie, le pancréas, etc.

Le traitement opératoire de l'ulcère doit être jugé autrement au point de vue théorique lorsque, au lieu de la gastro-entérostomie on recommande l'excision des ulcérations comme traitement chirurgical normal. Au point de vue pratique cela ne change pas beaucoup la situation.

Le problème de la médecine interne est d'empêcher par un traitement rationnel préoce la production de ces formes graves d'ulcère stomacal, traitement que les médecins peuvent revendiquer aussi bien que les chirurgiens.

Dans le grand nombre de cas rapportés d'ulcère stomacal guéris après la gastro-entérostomie, rien n'indique que le traitement interne antérieur ait été suffisant.

Enfin autant que possible, il faudra opérer dans les cas de perforation de l'ulcère stomacal.

L. Jumon.

Traitement des hémorroïdes internes, par M. W. Duff. Bullard (*Medical Record*, 29 mars 1902). — L'opération de M. Withead est battue en brèche par beaucoup de chirurgiens modernes ; les sutures peuvent lâcher sous les efforts accidentels et pour sa part, l'A. donne la préférence à la méthode, populaire en Angleterre, des *ligatures* appliquées aux hémorroïdes internes.

Le malade étant anesthésié et couché sur le dos, jambes repliées, le chirurgien fait la dilatation de l'anus en écartant les deux index introduits dans sa cavité. Il inspecte ensuite au spéculum, les parois de l'anus et fait isolément l'extirpation des paquets hémorroïdaires susceptibles d'être liés facilement à leur base. Le catgut convient bien à ce genre de ligatures ; il persiste un temps suffisamment long. Pourtant la soie peut-être employée, les ligatures seront expulsées ultérieurement. Il faut éviter d'empiéter sur la marge de l'anus et il vaut mieux détacher aux ciseaux toute grosseur veineuse qui s'en rapproche trop, pour aller là lier plus haut. On apportera le plus grand soin à ces ligatures, dans le but d'éviter des hémorragies sérieures qui suivraient indubitablement leur relâchement. Il vaut mieux aussi, pour éviter d'avoir du sang, extirper d'abord les hémorroïdes de la paroi postérieure et celles qui sont voisines de l'anus.

Le patient sera maintenu au lit jusqu'à la chute des ligatures. Il sera prévenu qu'il aura quelques douleurs et quelques pertes de sang dans les jours qui suivent.

A. Benoit.

Traitement de l'ectopie testiculaire (*Société de chirurgie*, 2 et 9 juillet 1902). — M. Mignon, partant de ce fait que l'ectopie testiculaire tient surtout à la brièveté des vaisseaux du cordon spermatique, pratique la section de tous ces vaisseaux, en respectant le canal déférent, assez long pour se prêter à l'abaissement, par les flexuosités qu'il présente. Il affirme que l'atrophie testiculaire ne s'est pas produite chez ses opérés et que la sensibilité spéciale a résisté à la section des nerfs. M. Lucas-Championnière attribue également la brièveté du cordon au développement du tissu fibreux périvasculaire, mais à la suite de la même opération il a vu la nécrose du testicule survenir. MM. Sebileau, Kirmisson, Routier, rapportent des cas semblables. Une vive opposition est faite au procédé de M. Mignon, en se basant aussi sur ce fait que la valeur fonctionnelle de la glande ectopiée est des plus douteuses, d'après l'examen histologique qui a montré à M. Branca l'atrophie épithéliale comme la règle. On s'est donc attaqué à une glande inutilisable et l'on risque en outre l'élimination de l'organe nécrosé, ou l'atrophie, qui pour tarder à se produire, n'en survient pas moins presque toujours. Lorsqu'elle manque, c'est qu'il y a une *anastomose funiculo-spermatico déférentielle* qui est loin d'être constante. Il semble donc plus sage d'agir comme le conseille M. Bazy, à l'occasion de cette discussion, c'est-à-dire de couper à ciel ouvert et une à une toutes les brides fibreuses qui s'opposent à l'abaissement dans l'orchidopexie.

A. Benoit.

L'alcool acidifié par l'acide acétique dans le traitement des plaies opératoires, par De Gaetano (*Riforma Medica*, n° 51, 1902). — L'auteur, dans ses études sur la suppuration des plaies opératoires, a trouvé que les microorganismes pathogènes (spécialement les staphylococcus aureus et albus) se développent sur toute la surface du fil de suture et que leur nombre augmente rapidement au fur et à mesure que l'on s'éloigne du jour de l'opération. On peut très bien empêcher l'infection en ayant recours à l'alcool ordinaire acidifié avec l'acide acétique (XX gouttes d'acide pour 100 gr. d'alcool à 70°). On emploie cette solution pour la toilette du champ opératoire : on en imbibe la gaze hydrophile destinée au pansement; ce dernier doit être renouvelé au bout de deux jours. La soie et le catgut pour les sutures sont conservés dans l'alcool acidifié et séchés au moyen de gaze stérilisée, au moment de l'emploi.

L'auteur conseille aussi de suturer les lèvres de la plaie en dirigeant l'aiguille de la profondeur de la plaie vers le tégument externe et non pas en sens inverse, afin d'éviter le transport des germes qui pourraient se trouver dans les bulbes pileux ou dans les conduits excréteurs des glandes sébacées. Il conseille enfin d'enlever, après nettoyage préalable de la région avec l'alcool acidifié, tous les points de suture, même profonds, à la fin du cinquième jour et de continuer les pansements à l'alcool.

A. L. Percival.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Médecin des hôpitaux

De l'aérophagie par Hayem, (*Journal des Praticiens*, n° 21, p.p. 321, 1902). — L'aérophagie est une névrose, tantôt primitive, tantôt secondaire. Primitive elle ne survient que chez des hystériques avérés, dans la grande hystérie des jeunes filles, par exemple. Or, même chez des sujets, il est possible que l'état gastrique prédispose à cette manifestation. Dans tous les autres cas, c'est-à-dire en dehors de l'hystérie légitime et primitive, l'aérophagie se greffe toujours, secondairement, sur une gastropathie d'ancienne date, quelquefois simple, d'autres fois compliquée d'ulcère chronique, de ptose, de troubles statiques divers.

Cliniquement on peut distinguer les deux formes suivantes : l'aérophagie simple et l'aérophagie avec spasmes éructants.

L'aérophagie simple se trouve comprise dans l'état désigné sous le nom de dyspepsie flatulentes; elle n'est que l'exagération d'un fait physiologique; normalement, en effet, nous déglutissons de l'air avec les aliments, les boissons, et, en dehors des repas en avalant notre salive. Lorsque cette déglutition d'air devient trop forte, la dyspepsie, dite flatulente, prend naissance. Elle survient chez les gastropathes de vieille date, quelquefois neurasthéniques, d'autres fois sans symptômes extra-stomacaux, ayant généralement un suc gastrique pauvre, peu abondant, une digestion courte, ce qui indique des glandes plus ou moins atrophiées.

Le type chimique est tantôt celui de l'hypopepsie ou de l'apepsie lorsque les glandes sont très atrophiées, tantôt celui de l'hyperpepsie à faible sécrétion, quand les glandes, toujours peu nombreuses, contiennent encore des cellules actives en état d'irritation.

Tantôt l'estomac seul est distendu ; tantôt l'intestin est également ballonné (lorsque le pylore s'est laissé forcer par le gaz). La tension exa-

gérée de l'abdomen peut amener une gêne plus ou moins marquée de la respiration et de la circulation. Les malades éprouvent de la dyspnée d'efforts, s'essoufflent facilement. A l'auscultation du cœur les bruits ont un timbre plus éclatant, surtout le second; il y a parfois de l'arythmie.

Si l'on traite ces faux cardiaques comme des vrais cardiaques, si on les bourre de digitale et de caféine, on aggrave encore leurs troubles dyspeptiques.

Les aréophages éructants sont plus nettement des névropathes. Ils sont tympanisés ou non.

La forme sans tympanisme est de beaucoup la plus fréquente.

Les éructations se font par crises, parfois très rapprochées, presque incessantes, sous forme d'une véritable salve (Mathieu et Follet).

Certains malades avaient l'air intentionnellement pour pouvoir éructer, parce qu'ils ont réconnu que les éructations les soulagent. Ils finissent alors par éructer à tout propos. Il s'agit bien là d'une sorte de tic nerveux (Soupault).

Les malades maigrissent, deviennent hypocondriaques. On trouve parfois chez eux une sorte de bouton réflexe de déclanchement dont la pression détermine la crise d'éructation. Ce bouton le plus souvent siège à l'épigastre, d'autres fois dans la fossette sus-sternale.

Les aérophages tympanisés sont ceux dont tout le ventre reste ballonné par l'air dégluti, même dans l'intervalle des crises.

En général les crises d'éructation s'accompagnent d'une recrudescence dans les troubles digestifs : les digestions deviennent pénibles, douloureuses, il peut y avoir des vomissements.

En somme l'aérophagie est une gastro-névrose, mais si on peut la rattacher parfois à l'hystérie, à la neurasthénie, on ne peut toujours le faire.

Le traitement comprend ; le traitement de l'état gastrique, variable suivant la forme de la gastropathie et le traitement de la névrose.

La suggestion peut réussir quand la névrose n'est pas invétérée, quand les malades se rendent compte que c'est intentionnellement et pour se soulager, qu'ils sont devenus des avaleurs d'air; plus tard, ils n'ont plus conscience de l'acte qu'ils accomplissent; ils se refusent à y croire. C'est alors que l'isolement peut rendre de grands services.

L'hydrothérapie et le bromure de potassium (ou le tribromure) sont, dans tous les cas, des adjuvants utiles. Le bromure doit être donné en lavements, aux doses croissantes de 3 à 6 grammes et même de 8 grammes par jour.

G. Lyon.

Influence des attitudes sur la fonction motrice de l'estomac, par J. V. Mering (*Die Therapie der Gegenwart*, mai 1902). — Les diverses attitudes, les divers modes d'exercice auxquels on se soumet après le repas ont une influence sur la digestion, surtout sur la motilité de l'estomac. Les recherches faites à ce point de vue par Ogarkow sous la direction de v. Mering ont un certain intérêt en cherchant à définir l'influence que peuvent avoir les diverses attitudes ainsi qu'une marche plus ou moins rapide pendant la digestion. Dans ces recherches l'auteur pour arriver à plus de précision, analyse le contenu de l'estomac après un repas d'épreuve. Il a constaté ainsi que pendant une heure après le repas, l'estomac chasse 65 à 68 0/0 de son contenu dans l'intestin grêle. Dans les conditions normales la fonction motrice de l'estomac à l'état de santé varie suivant les diverses positions que prend le corps.

Les conditions les plus favorables pour la motilité de l'estomac se produisent lorsqu'on se couche sur le côté droit et lorsqu'on marche rapidement ; les conditions sont un peu moins favorables lorsqu'on se couche sur le ventre ; dans la position horizontale et dans la marche lente, dans la position couchée sur le côté gauche, les conditions sont encore moins favorables.

Dans un même espace de temps l'estomac chasse plus de 15 0/0 de son contenu dans l'intestin grêle dans le décubitus sur le côté droit que dans toutes les autres positions ; viennent ensuite le décubitus sur le ventre et sur le dos.

L. Jumon.

Traitement de l'entéroptose, par le Dr Arnold Lea (*Brit. Med. J.*, 12 juillet 1902). — Sur une série de 600 femmes, l'auteur a rencontré 54 fois l'entéroptose. Dans certains cas, le colon transverse était placé au-dessus de la symphyse et l'estomac entre l'ombilic et le pubis. L'intestin grêle était tombé dans la cavité pelvienne. La néphroptose existait dans 70 0/0 de ces cas, plus rarement, le foie et la rate étaient déplacés. Enfin, dans 42 0/0, il y avait eu pelvipéritonite avec ou sans adhérences. Les facteurs étiologiques sont utiles à connaître au point de vue thérapeutique. L'auteur énumère l'affaiblissement de la santé générale, le faible développement musculaire, l'agrandissement de la cavité abdominale, surtout après des grossesses répétées, le port du corset, la compression de la taille et le poids des jupes, les atteintes de péritonite qui relâchent les parois abdominales et amènent la distension de l'intestin, les adhérences consécutives de l'épi-

ploon entraînent ensuite le colon, l'estomac et les intestins.

Le traitement doit tendre à améliorer la nutrition générale et à supprimer si possible les facteurs étiologiques, comme la constriction trop forte de la taille, le surmenage, etc. On doit, au moyen d'un régime et d'un traitement médicamenteux convenable, veiller aux fonctions de l'estomac et de l'intestin. On emploiera les moyens propres à restaurer la force musculaire de la paroi abdominale. A ce point de vue les exercices de gymnastique bien compris peuvent avoir une action très favorable. Les exercices suivants peuvent être particulièrement recommandés : La malade couchée les bras croisés se relève d'elle-même en position assise. Dans la même attitude couchée, les genoux dans l'extension, elle lève les jambes à angle droit sur l'abdomen. Elle respire profondément, fait des inspirations profondes après avoir évacué l'air par une expiration forcée. Chacun de ces exercices doit être exécuté six à douze fois, matin et soir. Il est habituellement nécessaire de soutenir la paroi abdominale par une ceinture appropriée qui doit atteindre au-dessous des hanches, car elle a pour but de relever les viscères abdominaux. Le corset droit imaginé pour vaincre la saillie sus-pubienne convient particulièrement pour l'entéroptose. La ceinture et le corset peuvent ne faire qu'une seule pièce. On doit les appliquer pendant que la patiente est couchée, avant que les viscères descendent dans l'abdomen. Dans quelques cas, il faut adopter des coussinets spéciaux si la malade est très maigre et si les reins sont mobiles. Dans quelques cas, il faut recourir à la néphrorrhaphie, à l'hépatopexie. Celle-ci a cependant été pratiquée sans résultat. La gastro-entérostomie a été faite avec succès pour des dilatations excessives avec sténose gastro duodénale. On peut pratiquer certaines opérations sur la paroi abdominale, telles que la résection des plis de la peau et du fascia. La meilleure méthode est de mettre à nu les angles des muscles droits et de les réunir. La laparatomie exploratrice est indiquée s'il existe des adhérences pelviennes entraînant la chute des viscères.

L. Jumon.

Application du courant de Watteville à un certain nombre de cas (21) de constipation spasmodique, par Laquerrière et Delherm (*Bul. off. de la Soc. franç. d'électrothérapie*, juin 1902.) Les auteurs ont eu recours au dispositif suivant :

Electrodes très grandes (en général 16 centimètres sur 24), placées l'une, le plus souvent la négative en avant, l'autre sur les lombes — courant continu de 30 à 50, 60, 80 m. A. auquel on ajoute un courant faradique, à interruption rapide, léger, donnant une sensation nette de son passage, mais sans aucune douleur. Durée de la séance 10 minutes environ.

La fréquence ou l'éloignement des séances ne peut être absolument précisé, car il faut tenir compte, d'une part, de l'ancienneté et de la gravité de l'affection ; d'autre part des traitements déjà suivis et du régime alimentaire observé par le malade. Dans quelques cas on fit avec grand avantage des séances quotidiennes durant les premiers jours, mais en général on s'est contenté de trois par semaine, bien que dans quelques observations on ait constaté des résultats satisfaisants avec un traitement plus espacé. On s'expose fréquemment à un échec si on ne fait pas des applications fréquentes jusqu'à ce qu'on ait obtenu une amélioration sérieuse.

D'une façon générale, il faut employer le traitement électrique seul, sans aucune espèce d'adjuvant. Mais ceci établi, il importe de faire immédiatement quelques réserves de détails.

D'abord, si lors de la première visite il n'y a pas eu de selle depuis plusieurs jours, si la rétention stercorale paraît trop considérable, il y a intérêt à vider préalablement l'abdomen par un grand lavage.

D'autre part quand un malade est depuis longtemps habitué à n'avoir que des selles artificielles, il y a lieu de craindre que l'électrisation ne produisant pas d'effet assez rapide, on constate, en cessant toute autre médication, l'établissement d'une coprostase qu'il sera par la suite difficile de vaincre.

Si le sujet est habitué aux médicaments, on recommandera la suppression complète, dès le premier jour, de tout laxatif ou purgatif. Si les selles n'apparaissent pas très rapidement, usage très modéré, et seulement après efforts consciencieux pour obtenir une garde-robe, de suppositoires.

Pour ceux qui utilisent les lavements simples, on est un peu plus fréquemment obligé d'avoir recours aux suppositoires, qui d'ailleurs produisent dans ces conditions des selles bien plus faciles et plus abondantes. Il semble qu'il y ait alors, en même temps que la constipation de l'intestin en général, un phénomène particulier : il faut un excitant spécial pour déterminer le rectum à se vider et le seul fait qu'il est plus ou moins rempli de matière, ne suffit pas à produire la défécation.

Le même fait s'observe encore bien plus marqué lorsque le sujet est habitué aux grands lavages avec le bock. Dans ce dernier cas on fera simplement diminuer chaque jour la quan-

tité d'eau du lavage pour arriver à le supprimer définitivement au bout de quelques jours.

Enfin, on ramène peu à peu les patients à une alimentation normale, dans les cas où ils suivait un régime.

Comme presque toujours les constipés chroniques finissent par être plus ou moins entachés de nervosisme ou de neurasthénie, les auteurs ont fréquemment ordonné un traitement additionnel par le bain statique.

Les malades traitées étaient toutes atteintes de constipation habituelle depuis des années, et, depuis un laps de temps qui variait entre un et dix ans, elles n'avaient jamais de selles spontanées.

Dans un assez grand nombre de cas, les auteurs ont obtenu une selle spontanée entre la première et la quatrième séance. Il ne faut pas s'attendre à voir d'emblée et toujours dès la première séance un résultat, qui ne s'est produit dans plusieurs cas que vers la sixième ou la huitième séance.

Les premières selles spontanées sont suivies parfois de périodes de un ou deux jours où la constipation réapparait : il ne faut pas s'en étonner, car il faut procéder à une véritable rééducation de l'intestin, afin de l'amener à chasser au dehors les matières fécales autrement que sous l'action d'un lavement et d'un lavage.

Parmi les malades qui ont continué leur traitement jusqu'au bout, toutes ont obtenu une selle régulière quotidienne avec, dans les cas défavorables, deux ou trois jours dans le mois où il ne s'en produisait pas.

Dans la dernière période du traitement, les malades n'avaient que deux et tout au plus trois traitements par mois.

La constipation quantitative n'est améliorée que lorsque la constipation horaire a disparu.

La constipation qualitative (volume, sécheresse des matières rendues) disparait en même temps que la fragmentation en billes.

Enfin, la constipation habituelle comporte souvent la présence de glaires. Dans huit cas de ce genre, elles ont complètement disparu dès les premières séances, et chez deux malades qui ont cessé tout traitement depuis neuf mois, elles ne se sont pas reproduites.

Les auteurs observent un certain nombre de malades qui, depuis cinq et sept mois, ont cessé tout traitement, et qui n'en persistent pas moins à avoir depuis une selle régulière quotidienne, suffisante.

A côté de ces malades qui ont cessé tout traitement régulier, il en est un certain nombre à qui on pratique deux ou trois séances par mois; ces malades placées en observation ont également chaque jour une selle quotidienne, sauf deux ou trois fois dans le mois. Si l'on songe que toutes ces malades n'avaient avant le traitement électrique, jamais de selle spontanée, on peut par le résultat précité juger des résultats acquis; il y a loin entre deux ou trois séances d'électrisation par mois et un lavage intestinal quotidien.

En somme, des malades constipées depuis plusieurs années, n'ayant plus de selles spontanées, ont été amenées à avoir une selle régulière, quotidienne le plus souvent, et dans quelques cas un jour sur deux.

E. Vogt.

Appareil pulmonaire

Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Le traitement de l'asthme dyspeptique, par G. Criptalli (*La Pédiatrie*, no 2, 1902). — Ce syndrôme morbide, assez rare d'ailleurs, se rattache selon l'auteur à des phénomènes très graves d'intoxication. Les toxines de l'organisme auraient une action pyrétique et agiraient sur le centre cardio-respiratoire en excitant le pneumogastrique. Le traitement s'adressera spécialement aux phénomènes toxiques que l'on préviendra par une alimentation bien réglée, qu'il s'agisse de nourrissons ou d'enfants déjà sevrés.

Mais si la maladie se déclare tout de même, on cherchera à éliminer la plus grande partie des toxines accumulées dans l'organisme par des purgations énergiques : l'huile de ricin et le calomel seront les médicaments de choix, mais on sera quelquefois obligé de recourir aux drastiques et même à l'huile de croton. En même temps on excitera les autres fonctions dépuratives de l'organisme : les reins avec les diurétiques, la peau avec des potions chaudes sudoripares : le cas échéant on essayera le lavage de l'organisme par des injections intraveineuses de sérum physiologique (0 gr. 75 de NaCl 0/0). Contre le spasme bronchique et la dyspnée l'auteur a employé avec succès les cataplasmes de farine de lin sur le thorax, et la teinture de belladone; le chloral, le bromoforme, quelquefois même les saignées, sont utiles; on combattra le collapsus par des injections excitantes (huile camphrée, éther, caféine, etc.). Malheureusement tous ces moyens ne réussiront pas si le médecin ne sait pas les employer rapidement et énergiquement, sans perdre un temps précieux.

A. L. Percival.

Traitement des affections valvulaires du cœur, par Coley, Henry Poster, Albert Barnes (*Medical Record*, 24 mai, 1902). — Ce sujet a été exposé à la Société de thérapeutique américaine par différents orateurs. Pour Coley, on doit d'abord avoir égard à l'âge des malades, à la nature de l'affection cardiaque qui peut être congénitale ou acquise, à l'état du péricarde, de l'endocarde et du myocarde. Les indications de la digitale sont beaucoup plus restreintes aujourd'hui qu'autrefois. L'emploi abusif de la strychnine n'est pas très heureux parce que ce médicament doit être réservé pour des indications particulières. Si la strychnine est un tonique musculaire à petites doses, la tolérance s'établit bien vite. La première indication dans le traitement des affections cardiaques est le repos prolongé. On doit ensuite apporter une attention particulière à la nutrition et au régime. Le traitement moderne des affections cardiaques par l'exercice est basé sur l'idée de la production d'une hypertrophie compensatrice, c'est une excellente méthode, pourvu qu'il n'existe pas de dégénérescence graisseuse bien marquée, elle est dangereuse dans le cas contraire.

Henry Porter fait remarquer que dans les affections cardiaques qui se résument dans un trouble mécanique, la principale indication est d'augmenter l'activité nutritive du tissu musculaire. Dans cette direction on peut largement combattre les troubles mécaniques. Pour y arriver, il faut se persuader que le travail du cœur ne peut être diminué que par le repos prolongé. Il a rarement eu recours à la série digitalique dans le traitement des cardiopathies parce qu'il croit que ces médicaments troublent la nutrition du cœur et forcent le myocarde à travailler davantage. Lorsque la pression du cœur s'élève fortement, le sang est chassé si rapidement à travers les capillaires que les échanges nutritifs entre le muscle et le sang n'ont pas le temps de se faire; en d'autres termes le myocarde est peu à peu privé de nourriture sous l'influence de la digitale. La seule indication de la digitale est la surcharge considérable des veines et une déplétion des artérioles. Lorsque cette condition existe la digitale chasse le sang des veines dans les artères. Les médicaments qu'il emploie le plus sont la strychnine, la caféine et le camphre. La strychnine stimule l'impulsion motrice partie des centres spinaux et a toujours donné d'excellents effets. La caféine et le camphre répondent à des indications particulières. On peut en user largement pour maintenir le cœur dans un état convenable de nutrition. M. Barnes diffère de Porter quant au choix des médicaments cardiaques. Il ne comprend pas pourquoi ce dernier préfère la caféine à la digitale, car il prétend que leur action sur le cœur est la même. Une des principales actions de la caféine s'exerce sur l'encéphale, tandis que ses effets secondaires se font sentir sur les centres vasomoteurs, il en résulte alors un accroissement de la pression sanguine. Quant à la disparition rapide des hydropisies, Barnes a fait quelques expériences pour déterminer le mécanisme de la diurèse. On sait aujourd'hui que la théobromine est probablement le diurétique le plus parfait dans la circonstance, mais elle est insoluble et irritante. Au contraire son usage s'est généralisé dans son état d'association avec le salicylate de soude. Il y a deux ans il a essayé une série de sels doubles de théobromine avec des acides variés et il a constaté que le citrate, l'acétate et le tartrate sont des sels solubles possédant une puissante action diurétique.

L. Jumon.

Traitement des maladies du myocarde et des valvules du cœur, par Glentworth Butler. (*Brooklyn med. J.*, juillet 1902). — Le traitement de la myocardite aiguë qui se développe au cours des maladies infectieuses s'impose non-seulement pendant la maladie, mais aussi pendant la convalescence, et même souvent longtemps après, afin de prévenir le développement d'une asthénie cardiaque définitive. Le traitement pharmaceutique offre une grande importance dans les myocardites aiguës ou dans les cas de rupture subite de la compensation. La strychnine doit être donnée à intervalles rapprochés et à des doses en rapport avec l'état du cœur, de 1 à 3 milligrammes ou même davantage toutes les deux heures. Si l'on veut obtenir des effets rapides, il faut la donner en injections sous-cutanées.

Le citrate de caféine vient ensuite en importance, on peut également donner du café noir. L'eau-de-vie, les vins généreux, le camphre, l'acétate d'ammoniaque, l'éther sont les adjuvants très utiles de la strychnine et de la caféine.

La digitale ne doit être donnée ici qu'à petites doses, on peut recourir plus largement au strophantus et à la spartéine. A ce traitement on ajoindra des inhalations d'oxygène. Localement on appliquera des compresses de flanelle trempées dans de l'eau de farine de moutarde, l'irritation cutanée qui en résulte procure au malade un bien-être considérable.

La morphine à la dose d'un demi à un centigramme calme le malade et améliore notablement l'action du cœur.

Pendant la convalescence et tant que le pouls conserve sa fréquence anormale, le repos est de la plus grande importance. Le malade doit dans la suite éviter tout surmenage comme dans les affections cardiaques non compensées.

Quant à la myocardite chronique qui résulte de l'artério-sclérose, de l'alcool, du plomb, de la syphilis, du rhumatisme, de la néphrite chronique et du diabète, son traitement est purement symptomatique. Il n'est d'abord autre que celui des lésions valvulaires non compensées. Il est inutile de soumettre les malades à un traitement continu par l'iodure de potassium. Dans les cas d'insuffisance cardiaque rapide, on devra recourir à la digitale.

Dans les lésions valvulaires, le traitement n'a qu'un objectif : maintenir l'énergie cardiaque, en améliorant sa nutrition, en diminuant son travail ou en le stimulant à un plus grand effort suivant les cas.

Lorsque les lésions cardiaques sont compensées, le traitement est surtout hygiénique : vie régulière, sans surmenage d'aucune sorte, pas d'effort musculaire subit ou prolongé. La gymnastique thérapeutique ne doit être pratiquée que sous la surveillance du médecin, elle est contre-indiquée dans l'anévrisme et l'artério-sclérose avancée.

Le régime est celui des malades qui souffrent de dyspepsie. La quantité des aliments ne doit pas cependant être restreinte. Le thé et le café doivent être pris en quantités modérées. Les bains turcs sont nuisibles, mais les malades peuvent faire le matin des ablutions froides avec avantage, lorsqu'elles ne déterminent ni symptômes pénibles ni cyanose des lèvres.

On peut employer avec avantage des bains de carbonates avec ou sans exercices méthodiques. Ces bains peuvent être donnés à domicile, en ajoutant à l'eau du sulfate acide de sodium et du bicarbonate de soude. La néphrite diffuse, le diabète, la phtisie et les altérations avancées du myocarde sont des contre-indications. Dans les cas d'anémie, on peut donner du fer et de l'arsenic pendant quelque semaines en ajoutant, si besoin est, de petites doses de digitale.

Dès les premiers signes de rupture de la compensation, il faut imposer le repos au lit, donner 0,30 à 0,60 centigrammes de calomel associé a 1 gramme ou 2 grammes de poudre de jalap. On a recours ensuite à la digitale, à la strychnine et à la nitroglycérine. La digitale à haute dose est contre-indiquée dans la myocardite aiguë ou dans la stase ultime de la dégénérescence fibreuse ou graisseuse du cœur, surtout chez les sujets âgés. Le cactus grandiflora est surtout recommandé dans les cas de brady-cardie. S'il y a œdème ou congestion des poumons, on appliquera des cataplasmes sinapisés. Si la dyspnée ne cède pas à l'emploi de la nitro-glycérine on emploiera les injections de morphine ou d'atropine.

L'extrait de capsule surrénale est encore un tonique cardio-vasculaire très énergique et nullement toxique. L'auteur l'emploie avec succès lorsque le cœur dilaté ne répond pas aux autres stimulants.

L. Jumon.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Observations cliniques sur le torticolis mental, par L. Fornaca. (*Clinica Medica Italiana*, n° 11, 1901). — Dans les trois cas étudiés par l'auteur on a pu exclure absolument toutes les maladies nerveuses et toutes les tares héréditaires. Selon l'auteur le torticolis n'est pas du tout un symptôme de dégénérescence. Comme traitement, l'auteur a adopté la méthode préconisée par Brissaud, qui consiste en exercices d'immobilisation pour habituer le malade à maintenir la tête dans une position normale et en exercices de mouvement pour l'habituer à accomplir régulièrement les mouvements ordinaires. Les résultats obtenus ont été très satisfaisants.

A. L. Percival.

Le dormiol dans le traitement des maladies mentales par A. Di Nola (*Policlinico, Sezione Medica*, fasc. 1, 1902). — Le chloral est certainement le plus puissant de tous les hypnotiques, néanmoins, son emploi n'est pas toujours possible ; on a cherché à lui substituer des dérivés, dont le dormiol semble être un des meilleurs. Le dormiol ou diméthyléthyl-carbinol-chloral, résulte de la combinaison de l'hydrate de chloral avec l'hydrate d'amyléne. C'est un liquide incolore, à odeur rappelant celle du menthol camphré, de saveur fraîche et brûlante en même temps ; son poids spécifique à 15° est de 1,24. Il se mélange intimement, après quelques heures, et en toutes proportions, avec l'alcool, l'éther, le chloroforme, le benzol, les huiles grasses et éthérées. On trouve dans le commerce des solutions aqueuses à 10 0/0 et même à 50 0/0.

Des expériences ont démontré que cette substance est très peu toxique, probablement parce qu'elle se décompose très lentement dans l'organisme. Les médecins qui l'ont employée

jusqu'à présent ont remarqué son action hypnotique régulière sans aucuns troubles gastriques ou généraux.

L'auteur vient de l'expérimenter sur nombre de malades, atteintes d'affections mentales les plus variées, qui avaient déjà été traitées sans effets utiles avec d'autres hypnotiques On le formule ainsi :

Dormiol.....	1 gr. 60
Emulsion gommeuse.....	ãã 30
Sirop simple.....	

Ou encore :

Dormiol.....	10 grammes
Emulsion gommeuse...	120 —
Sirop d'écorces d'oranges.....	20 —

Une à deux cuillerées à bouche avant de se coucher. Les effets ont été toujours très remarquables. Le sommeil se produit dans la première heure après la prise du médicament et continue calme et sans cauchemar pendant 5 à 8 heures. Les malades n'ont jamais accusé de troubles de la circulation; le réveil est normal sans nausées ni céphalées. Ces résultats se maintiennent longtemps parce que le médicament n'a pas une action cumulative : les patients ne s'y habituent pas. D'après les recherches de l'auteur faites sur des sujets sains et des malades, le dormiol n'a aucune influence sur la pression sanguine, la respiration ou sur le pouls; ces constatations font ressortir les avantages qu'il a sur le chloral : le dormiol agit enfin même dans les cas où les autres hypnotiques ont échoué.

L'emploi longtemps continué du médicament n'a jamais produit aucun des phénomènes d'intoxication qui ne sont pas rares à la suite de l'administration du chloral.

Les effets obtenus sur une malade font espérer que le dormiol exerce une certaine action favorable sur l'épilepsie : il diminuerait le nombre des accès.

A. L. Percival.

La santonine contre les douleurs fulgurantes du tabès et contre les névralgies, par Combemale et de Chabert (*Echo Médical du Nord*, 29 juin 1902). — Negro a préconisé en 1901 la santonine comme un médicament précieux contre les douleurs fulgurantes tabétiques; sur 11 tabétiques, 8 virent cesser leurs douleurs, deux autres furent soulagés. Les auteurs arrivent à des conclusions analogues à celles de Negro; ils font remarquer en outre que ce moyen n'est efficace que contre les sensations douloureuses ataxiques, et non point contre les névralgies vulgaires.

La question de la dose mérite d'être discutée : Negro donne quinze centigrammes de santonine par jour en trois fois, et ne la renouvelle que quatre ou cinq fois tous les deux ou trois mois par crainte d'accumulation dans l'organisme. Combemale et Chabert ont employés des doses plus faibles, dix centigrammes en quatre fois, ils ont prescrit cinq centigrammes pendant vingt jours; ils considèrent, après cette expérience personnelle que le meilleur procédé est celui de Negro, c'est-à-dire la dose massive. Des crises gastriques peuvent être la conséquence de l'usage de doses moins fortes répétées et rapprochées.

P. Sainton.

Guérison d'une méningite tuberculeuse, par le Dr Thomalla (*Berlin. Kl. Woch.* 16 juin 1902). — Depuis que la ponction lombaire permet d'affirmer le diagnostic de la méningite tuberculeuse, on ne peut plus nier qu'elle puisse guérir. Dans le cas rapporté par l'auteur, le diagnostic a été confirmé par les Prs Gerhard et Michel. Il s'agit d'un étudiant en droit âgé de 20 ans qui ressentit subitement des douleurs extrêmement violentes dans la tête et était atteint de diverses affections tuberculeuses de la gorge, de la langue, des amygdales et du cou. Une injection de 0.03 de morphine calma un peu la douleur, la température était de 38°7. Des contractions agitaient les muscles de la face, la réaction pupillaire était lente. Le pouls était fréqnent. Il y avait eu des vomissements et de la constinction et de la rétention d'urine. L'examen de l'œil gauche fit reconnaître des tubercules de la choroïde. Le traitement consista en calomel, lavement de glycérine, vessie de glace sur la tête, l'iodure de potassium et créosote à l'intérieur, celle-ci fut portée jusqu'à 1 gr. 50 par jour. L'état du malade s'améliora immédiatement : il guérit complètement et trois mois plus tard les tubercules de la choroïdes avaient disparu.

Thomalla croit devoir attribuer la guérison rapide à l'emploi précoce et intensif de la créosote, ainsi qu'à l'iodure de potassium donné dès le premier jour. L'iodure dans ce cas a augmenté, l'élimination des toxines, tandis que la créosote a exercé certainement son action bactéricide. Pour faire plus facilement supporter à l'estomac la créosote, l'auteur lui associe l'extrait de quinquina en donnant ce dernier, avant le repas et la créosote sous forme de capsules après le repas.

L. Jumon.

Traitement de la polynévrite, par Krafft-Ebing (*Allgem. Wien. Med. Zeit.*, 15 juin 1902). — L'auteur traite ici de la polynévrite à un point de vue général. Au point de vue thérapeutique on doit d'abord penser que nous ne

possédons aucun remède direct contre les toxines et leurs ravages. Les malades doivent rester au lit, on doit les mettre à l'abri de toutes les influences nuisibles, surtout du froid auquel ils sont très sensibles; on doit leur donner une nourriture abondante et saine, car c'est dans cette alimentation que les nerfs prennent leurs matériaux de régénération. On ne peut encore affirmer que le phosphore, l'huile de foie de morue, la lécithine et les médicaments congénères qui sont d'ailleurs fondamentalement nécessaires au système nerveux, offrent des avantages particuliers et abrègent la durée de la maladie. On se gardera chez ces malades d'un traitement antiphlogistique qui est inutile et des bains qui peuvent encore refroidir le malade. Si les douleurs sont violentes on donnera de l'antipyrine ou du pyramidon, en évitant la morphine dont l'emploi prolongé a des inconvénients. Une fois que la maladie a dépassé depuis un certain temps son acmé, le traitement devra être dirigé sur les muscles et on modifiera les conditions de la nutrition. On peut alors donner des bains salins chauds, on peut envoyer les malades dans une station balnéaire, si la saison est convenable, enfin l'indication est d'activer la régénération des muscles par un traitement galvanique ou faradique. Dans le cas de polynévrite qui est l'occasion de son travail, l'auteur a donné au malade du salicylate de soude qui a été bien supporté et il prescrit volontiers ce médicament au début de la polynévrite; mais l'aspirine est encore mieux supportée.

L. Jumon.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr Morel-Lavallée
Médecin des hôpitaux

Traitement du sycosis, par Leredde (*Rev. prat. des mal. cut. syph. et vénériennes*, 1er juillet 1902). — 1° *Période initiale et poussées aiguës.* — A la période initiale et lors des poussées aiguës, on commencera le traitement par l'application de pansements demi-humides, de ouataplasmes, de pulvérisations, de lotions, émollientes ou astringentes. L'emploi de poudres est nuisible, quand il y a des pustules en activité. Bien entendu, les surfaces seront au préalable débarrassées des croûtes. On coupera les poils courts aux ciseaux. L'épilation n'est indiquée qu'une fois la période inflammatoire aiguë passée et lorsqu'il existe des lésions déjà profondes tendant à devenir chroniques: faite trop tôt, au niveau des lésions, elle peut provoquer des réactions locales; par contre on peut la pratiquer de bonne heure à la périphérie.

Les pustules peuvent être ouvertes à l'aide d'un scarificateur; on fait ensuite des pulvérisations; enfin on peut sécher au coton et toucher le fond des pustules avec de l'alcool boriqué à saturation.

Le plus tôt possible, et dès que l'état inflammatoire est un peu calmé et reste stationnaire, on appliquera des pâtes molles, par exemple du type suivant :

Huile d'olives.....	10	grammes
Eau distillée.....	20	—
Terre fossile.....	5	—
Adeps lanæ.....	5	—
Oxyde de zinc.....	5	—

(Leistikow.)

2° *Période tolérante.* — La guérison peut se faire alors, peu à peu, et même complètement, mais on arrive parfois à une période torpide où il faut agir autrement. La thérapeutique du sycosis exige alors la surveillance extrême du médecin, l'emploi d'agents actifs, mais leur suppression dès qu'une irritation se produit, l'apaisement de cette irritation avant la reprise du traitement actif : souvent il faut essayer plusieurs procédés avant d'arriver à la guérison.

Le soufre sera manié de préférence sous forme de pâtes appliquées la nuit, qu'on pourra alterner avec des pâtes de zinc simples le jour. On ajoutera un peu de carmin à celles-ci pour les colorer. On peut associer au soufre le naphtol B, ou bien la résorcine et l'acide salicylique :

Acide salicylique.....	4	grammes
Résorcine.....	4	—
Soufre précipité	4	—
Oxyde de zinc.....	4	—
Amidon.....	4	—
Vaseline	20	—

Les réducteurs les plus forts, acide pyrogallique et chrysophanique, conviennent également à cette période. On peut les utiliser en pommades, en bâtons de pommades, et en emplâtres.

Le caoutchouc est très employé en France, en particulier dans les sycosis de la moustache; on coupe les poils aux ciseaux et on épile : on applique la nuit, ou jour et nuit une bandelette de caoutchouc maintenue par des fins rubans au-dessus des oreilles. Ce traitement est malheureusement des plus longs.

Au cours de cette période ou plus tard, on peut voir des nodules fluctuants, dus à des abcès profonds; il est nécessaire de les ouvrir

au galvano-cautère, on fera des pansements demi-humides, jusqu'à ce qu'ils aient disparu.

3° *Période chronique.* — Enfin lorsque le sycosis date de plusieurs mois il peut arriver, au lieu de guérir, à un stade où l'infection cutanée est chronique ; de temps en temps on observe des poussées aiguës qu'il faut calmer. Dans l'intervalle, on fera un traitement sclérogène, les lésions seront *scarifiées* ; les scarifications seront réitérées chaque semaine jusqu'à guérison.

La profondeur des incisions doit dépendre de l'épaississement de la peau; en principe elles doivent aller jusqu'à la limite des tissus sains.

Ce traitement peut échouer, d'autre part il est long et douloureux. Il est possible, que la *photothérapie* donne des résultats plus rapides et plus sûrs ; on ne l'emploiera jamais dans les périodes aiguës du sycosis.

E. Vogt.

Traitement du furoncle, par Leredde (*Rev. prat. des mal. cut. syph. et vénériennes*, 1er juillet 1902). — Au début du furoncle, on nettoiera, on dégraissera la région malade par des frictions alcooliques quotidiennes, ou par des savonnages suivis de nettoyages à l'éther, puis on fera des badigeonnages réitérés à la teinture d'iode pure, limités à la saillie inflammatoire; on peut souvent amener de cette manière l'avortement du furoncle. On peut également faire pénétrer, dès cette période, une pointe de galvanocautère, assez profonde. La région sera enfin recouverte d'une couche de pâte, renouvelée matin et soir, après nettoyage à la vaseline.

Lorsque les lésions s'accroissent, le traitement à adopter dépend de l'acuité de l'inflammation. Celle-ci est-elle très intense, on fera des pulvérisations, plusieurs fois par jour, avec de l'eau phéniquée à 1 ou 2 0/0. Sur les furoncles de la face, on ne peut employer que l'eau boriquée. Dès que la saillie est nettement marquée, on a intérêt à inciser au bistouri, après anesthésie au chlorure d'éthyle, ou à la cocaïne. L'incision doit comprendre toute la surface occupée par le furoncle et pénétrer aussi profondément que les lésions inflammatoires. Dans les furoncles volumineux, on fera une incision cruciale. Puis on continuera les pulvérisations phéniquées; dans l'intervalle on appliquera des pansements à l'eau bouillie, ou boratée, ou boriquée avec pâte autour du furoncle. Avant l'ouverture et après, les ouataplasmes constituent encore le moyen le plus pratique et le plus efficace de pansement, tant que dure la période inflammatoire.

Dans les furoncles à développement lent, peu ou point douloureux, la ponction centrale, *profonde*, au galvanocautère, est préférable; elle ne laisse qu'une cicatrice insignifiante. A la suite, pansements, ou pulvérisations avec applications de pâte dans l'intervalle.

Les emplâtres constituent un mauvais pansement, même dans les petits furoncles qui tendent spontanément à la guérison. On emploiera de préférence de petites rondelles de gaze aseptique, maintenues par un peu de colle de zinc sur les bords, renouvelées chaque jour. Cependant, il est des cas tellement bénins que les emplâtres eux-mêmes n'ont pas d'inconvénients. On se servira simplement d'emplâtres à l'oxyde de zinc, avec nettoyages à l'alcool le matin et le soir, en changeant l'emplâtre.

Traitement général. — Le traitement par la levûre de bière est devenu classique. Il ne donne pas de succès constants, mais il n'y a jamais d'inconvénients sérieux à l'essayer. Les résultats sont souvent remarquables, surtout dans les formes aiguës. Il faut se servir de levûre de bière fraîche qui sera prise de préférence chez les brasseurs; la dose journalière est d'une à trois cuillerées à soupe pour un adulte; on la prend au commencement du repas, dans de l'eau pure, de l'eau de Vichy ou de Vals.

L'état de la peau sera surveillé. Les furonculeux étant souvent des séborrhéiques, on prescrira soit des bains alcalins, soit des bains sulfureux, deux fois par semaine, par exemple, dans la furonculose du corps. A la nuque, siège de prédilection des furoncles, on fera faire des frictions quotidiennes avec une solution alcoolique telle que la suivante :

Cyanure d'hydrargyre..	1 gramme
Alcool à 70°.....	500 —

E. Vogt.

Traitement électrolytique du xanthélasma, par Pansier (*Arch. d'électr. médicale*, juillet 1902). — Dans l'électrolyse du xanthélasma, il faut employer le pôle négatif, qui donne une eschare molle, non rétractile. La cautérisation au pôle négatif étant faite par les bases, on peut user d'aiguilles en acier sans crainte de produire un tatouage de la paupière. L'auteur applique habituellement le pôle positif sous forme d'une éponge sur la joue du patient. Il ne faut pas craindre d'employer des courants un peu forts (6 à 10 m. A) qu'on laisse agir pendant un minimum de temps de deux minutes. L'auteur recommande de faire agir simultanément plusieurs aiguilles, réduisant ainsi à son minimum la durée de chaque séance, car l'électrolyse du xanthélasma n'est pas indolore, quoique bien moins pénible que l'électrolyse des cils. L'enfon-

cement de l'aiguille est pénible, et pendant la durée de l'électrolyse il se produit une douleur, une cuisson plus ou moins vive, supportable cependant.

L'auteur a pour habitude de faire ressortir les aiguilles de façon à transfixer complètement la plaque.

Les piqûres faites perpendiculairement à la surface de la peau en enfonçant l'aiguille de 2 millimètres ne sont pas à recommander.

On peut obtenir une diminution considérable de la cuisson que cause le passage du courant en faisant quelques minutes avant des onctions sur la paupière avec la mixture suivante :

Menthol.....	ãã 3 grammes
Hydrate de chloral...	
Lanoline.....	6 grammes

Le nombre de séances varie selon le mode employé. Si on transfixe la plaque de xanthome avec plusieurs aiguilles très rapprochées (courant de 6 à 10 mA. de deux à trois minutes de durée) en une seule séance on obtiendra un résultat considérable. Généralement, une quinzaine de jours après, il ne reste que quelques petits nodules qui disparaissent par une nouvelle électrolyse. Au contraire, si à chaque séance on ne fait qu'une transfixion avec une seule aiguille, et surtout si on use d'un courant plus faible, la cure sera plus longue. On ne doit pas toucher à la même plaque avant douze ou quinze jours.

E. Vogt.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL,

Chef du Laboratoire de la Maternité,
à l'hôpital de la Charité

Opération de Wertheim dans le traitement du cancer utérin, par Th. Weiss (*Soc. de méd. de Nancy*, 9 avril 1902). — M. Weiss rapporte l'observation d'une femme atteinte d'un cancer utérin très avancé, qu'il a opéré, sur le désir formel de la famille, par le procédé de Wertheim. Ce procédé consiste dans une hystérectomie abdominale avec adjonction de certaines précautions qui en font une opération spéciale. Il consiste, une fois le ventre ouvert, à mettre à nu les uretères, en évitant de les dissocier, pour ne pas risquer de les nécroser. Puis on aborde en toute sécurité les ligaments larges, en s'efforçant d'enlever le tissu cellulaire du paramétrium. La vessie est isolée en avant, le rectum en arrière. On continue la dénudation sur le vagin, sans l'ouvrir, de façon à enlever celui-ci, qui est toujours malade. Finalement, deux pinces spéciales sont placées sur le vagin, et la tumeur, l'utérus et le vagin enlevés d'un bloc, comme un vase clos, sans que le péritoine puisse être contaminé par les sécrétions utérines. Enfin on termine en faisant la recherche des ganglions. M. Weiss, pour sa part, en a enlevé plusieurs et notamment un qui était adhérent à la veine iliaque externe et fut fort difficile à isoler. M. Weiss y a joint la ligature des deux artères hypogastriques, ce qui facilita l'hémostase des tissus péri-rectaux. Sa malade a guéri, et actuellement elle se trouve en bon état. Néanmoins, vu le cas avancé, la récidive est à craindre; et c'est surtout dans les cancers moins anciens, que l'opération permettra (comme pour les tumeurs du sein dont le pronostic est singulièrement changé), d'obtenir des résultats réellement heureux. On peut du moins l'espérer d'après les résultats obtenus par l'auteur du procédé.

R. Blondel.

Traitement chirurgical du cancer de l'utérus, par Sébastien Becaseus (*La Clinica Moderna*, juin 1902). — Aucun traitement de ceux préconisés jusqu'aujourd'hui ne peut être considéré comme vraiment supérieur : avec tous, il faut craindre les récidives et le problème pathogénique des tumeurs malignes est encore sans solution. Tous les moyens de traitement sont inutiles si le carcinome a envoyé des prolongements à travers le paramétrium, ou si, par l'intermédiaire du système lymphatique, du sérum ou des cellules néoplasiques sont transportés à grande distance.

Dans le cancer il faut toujours aller au devant de la propagation; sinon on court le risque que l'opération soit inutile et même dangereuse.

Il est indispensable d'établir un diagnostic précoce au moyen de l'examen microscopique.

Des diverses opérations préconisées, l'amputation supra-vaginale du col utérin, aujourd'hui délaissée, quoique injustement, trouve son indication, d'après l'auteur, dans les cas de carcinome au début, quand la néoplasie est bien limitée au col, quand le diagnostic a été fait de bonne heure et si en même temps il existe une forte présomption qu'il n'existe pas d'irradiation dans le paramétrium ou les ganglions pelviens. Cette opération a l'avantage sur les autres qu'avec les mêmes chances de réussite le danger est bien moins grave.

Le carcinome du corps de l'utérus et le c. cavitaire central bien limité, avec utérus mobile, sans inflammation ni adhérences annexielles, peut être traité avec les mêmes chances de

réussite par la voie vaginale ou abdominale; mais la moindre gravité de la première la rend préférable.

L'évidement ou extirpation totale pelvienne institué en méthode générale contre tout carcinome semble innacceptable à l'auteur car il aggrave notablement l'acte opératoire. L'extirpation systématique des ganglions iliaques seulement ne donne pas une garantie suffisante, car la clinique démontre que le moyen ordinaire de propagation du cancer de l'utérus est la voie du paramétrium.

Quand des lésions d'infiltration cancéreuse du tissu cellulaire péri-utérin ou de propagation lymphatique existent, l'unique opération possible est alors l'hystérectomie abdominale avec évidement pelvien complet.

Les moyens dits palliatifs ne peuvent supporter la comparaison avec l'intervention quand il s'agit de guérir le carcinome.

A. Percival.

Résultats d'une 3e série de trente opérations de cancer utérin. par E. Wertheim (*Centralb. für Gynak.*, 8 mars 1902, n° 10). — L'auteur publie un résumé des résultats des trente dernières opérations sur 90 faites pour cancer de l'utérus.

La mortalité a considérablement diminué.

Dans la première série, il y avait 12 cas de mort, dans la seconde 3, dans celle-ci 3; un cas par embolie pulmonaire au 6e jour, un cas par schock chez une cachectique, et le 3e par péritonite. Et cependant les indications opératoires avaient été étendues. Dans la première série le chiffre des opérables était de 29,2 0/0, dans la seconde série de 40 0/0, cette fois il atteint 52,9 0/0. Souvent l'impossibilité d'opérer n'a été reconnue qu'après l'ouverture de l'abdomen : 3 fois par une hypertrophie de l'uretère gros comme le pouce, le cancer de l'uretère ayant amené de la rétention, 2 fois par cancer de la vessie, 1 fois par noyaux cancéreux disséminés dans le péritoine. Un grand nombre de ces 30 cas étaient constitués par des cancers très étendus : 15 fois sur 30, à l'examen clinique on reconnut que les conditions pour opérer radicalement par la voie vaginale n'existaient plus.

Les opérations étaient parfois compliquées. 1 fois il fallut reséquer 5 centimètres d'uretère, 1 autre fois un morceau du rectum. 3 fois il fallut enlever tout le vagin, 2 fois la moitié du vagin. D'autres fois l'uretère, ou la vessie adhéraient au cancer, d'où libération difficile.

La durée de l'opération a varié d'une heure à 1 h. 1/2 (sutures comprises). La technique fut le même qu'avant. Elle n'a varié que sur la préparation des uretères; suivant l'idée de Feitel, l'incision du péritoine fut commencée en dehors de l'uretère et continuée de telle façon qu'elle croisait l'uretère au milieu de sa portion pelvienne, pour se terminer à son côté interne.

Il n'y eut que 2 fois une fistule urétéro-vaginale; 1 fois on fit la néphrectomie, l'autre opération est à faire. Dans les deux cas le paramétrium était cancéreux et l'uretère fixé.

Dans 22 cas on fit l'extirpation des ganglions lymphatiques de la région. 11 fois on trouva, à l'examen histologique, du cancer dans ces ganglions.

R. Blondel.

Traitement chirurgical des fibromes de l'utérus, par S. Mikhnov (*Rous. Wratch.*, 1902, n° 13). — L'auteur trouve qu'on a tort de préférer la voie vaginale à la voie abdominale. Dans cette dernière on ne court pas le risque de laisser des organes malades, tout en ayant en même temps la possibilité de pratiquer largement la chirurgie conservatrice dans tous les cas où cela est possible de par l'étendue des lésions; on court moins le risque de léser les organes voisins, on arrête plus facilement les hémorragies. L'opération dure le plus souvent moins que dans les interventions vaginales, et la malade absorbe par conséquent moins de chloroforme, ce qui est surtout important lorsqu'il sagit de femmes anémiées, épuisées, plus ou moins cachectisées. Les interventions par voie abdominale permettant, dans une plus large mesure, des opérations conservatrices, elles exposent moins les femmes aux troubles directement imputables à la castration et la ménopause précoce. Enfin dans l'hystérectomie sus-vaginale, le cul-de-sac vaginal reste intact, ce qui est très important; le moignon permet au vagin de garder sa forme et sa dilatabilité; une cicatrice vaginale est parfois très douloureuse et quelques auteurs l'incriminent parfois comme pouvant être cause du rétrécissement ultérieur des uretères.

L'auteur recommande la technique appliquée dans le service du Pr Fenomenov et qui lui a toujours donné d'excellents résultats : ses particularités sont les suivantes :

La malade étant endormie, on commence par faire passer dans la cavité utérine un courant de vapeur pendant 45 secondes ou, à son défaut, on cautérise le moignon au thermocautère. L'artère utérine est liée séparement.

Si les annexes sont intactes elles sont toujours conservées.

Le moignon est couvert de deux lambeaux péritonéaux (antérieur et postérieur) et on tâche de laisser dans la cavité abdominale le

moins possible de surfaces cruentées (ruptures d'adhérences) non tapissées de lambeaux péritonéaux.

R. Blondel

De la myomectomie : sa place dans le traitement des fibro-myomes de l'utérus, par M. O. Beverly Campbell (*Annals of gynæcology and Pediatry*, février 1902). — La myomectomie est l'opération qui consiste à faire l'ablation de la tumeur ou des tumeurs de l'utérus avec conservation de cet organe. Mais c'est une opération qui n'est pas applicable à tous les cas de fibro-myomes utérins et qui ne peut être effectuée que dans certains cas particuliers. Toutes les différentes variétés de fibromes, sous-péritonéaux, interstitiels, sous-muqueux, pouvant, quoiqu'on ait pensé autrement jadis, être traitées par cette méthode.

M. Campbell rappelle la technique de la myomectomie, et recommande, pour éviter la trop grande abondance de l'hémorragie, le tamponnement de la cavité utérine avec perchlorure de fer. Il fait remarquer que cette opération peut être pratiquée par la voie vaginale autant que par la voie abdominale, surtout dans les cas de tumeur fibromateuse de petit volume, et rappelle que M. Alexander a rapporté un cas de fibrome volumineux, pesant 15 livres, enlevé par la myomectomie.

D'après les statistiques de Martin et de Noble, la mortalité, d'après les opérations pour fibromes compliqués de l'utérus, s'élève à 27 0/0, suivant le premier de ces deux auteurs et à 35 0/0, selon l'autre. M. Campbell a observé que cette mortalité, consécutive à une hystérectomie, à une hystéro-myomectomie et à une myomectomie, n'atteint qu'une proportion de 3 à 5 0/0, et que cette proportion serait probablement à 33 1/3 0/0, s'il n'y avait pas eu d'intervention. Aussi, l'auteur recommande-t-il d'opérer le plus tôt possible, toutes les fois qu'un fibrome de l'utérus est diagnostiqué. Dans ces cas, la myomectomie est toujours praticable, inoffensive, et les complications caractérisées par des dégénérescences de la tumeur, causes de la mort le plus souvent, sont facilement évitées.

M. Campbell rappelle que les deux grands dangers de la myomectomie, l'hémorragie et l'infection ne doivent pas être redoutés tant que l'opération est faite avec soin. Il termine en disant que la myomectomie est susceptible d'être effectuée chez les femme jeunes, avec conservation des fonctions de l'utérus et de l'ovaire pour la fécondation, et cite une observation, où après opération pour fibrome, une femme mit au monde un enfant bien portant.

R. Blondel.

Du traitement des douleurs d'origine annexielle par l'électro-thérapie, par M. Meurice (*La Belgique Médicale*, 27 mars 1902). — L'auteur rappelle combien l'infection des annexes utérines est chose extrêmement fréquente et pense que l'électro-thérapie, dans bon nombre de cas, peut être de grande utilité. Deux sortes de courants sont d'ordinaire employés, le courant galvanique et le courant faradique. Dans le but de combattre les douleurs d'origine annexielle, on s'adresse de préférence à la galvanisation vaginale.

M. Meurice donne quelques notions sur la technique à suivre. Le pôle négatif, représenté par une large plaque métallique, enveloppé de coton est appliqué dans les régions hypogastrique, ombilicale ainsi que dans une partie des fosses iliaques; le pôle positif constitué par un tampon de coton hydrophile humecté, est placé dans le cul-de-sac vaginal postérieur.

Il est très important que ce tampon occupe cet endroit déterminé, car ce n'est que dans ces conditions que les lignes de flux réunissant les deux pôles peuvent traverser les annexes, et que par conséquent, l'action du courant pourra intéresser celles-ci. Le courant doit passer au moins pendant 10 minutes, et d'ordinaire son intensité varie de 40 à 80 milliampères.

L'auteur recommande les séances d'électrisation trois fois par semaine d'une façon très régulière; de cela dépend en très grande partie le succès. Si le courant galvanique n'amène pas les suites heureuses que l'on recherchait, alors on on a recours au courant faradique. L'application en est la même que pour le galvanique. Dans ces conditions, on voit celui-ci fournir des résultats favorables.

M. Meurice fait remarquer que l'électro-thérapie n'est indiquée que dans les cas d'aménite subaiguë ou chronique, et jamais, au stade aigu de cette affection ou en présence d'une collection purulente. Il faudra également interrompre le traitement à l'époque des règles.

R. Blondel.

De la conduite à tenir dans les cas critiques de grossesse extra-utérine rompue avec présentation d'un cas de grossesse intra et extra-utérine par M. J.-W. Elliot (*Medical Record*, 22 février 1902). — M. Elliot eut l'occasion d'intervenir dans vingt cas de grossesse extra-utérine rompue, et dans chaque cas, put obtenir la guérison absolue. Il fait remarquer combien l'opération est hasardeuse, lorsqu'elle est faite sur des malades exsangues, en état de faiblesse extrême et pense que dans le plus grand nombre des cas, la mort est due à un état de colapsus plus ou moins avancé. L'auteur rappelle que dans une statistique de 75 cas de grossesse extra-

utérine, établie il y a cinq ans, la mortalité après l'opération était de 4 0/0. Plus récemment dans un rapport qui enregistre les résultats des opérations chirurgicales pour grossesse ectopique, on note six morts. Ces morts furent causées, dans le premier cas, par un état extrême de faiblesse qui dura quatre jours ; dans le second cas, par le collapsus et par l'hémorragie ayant persisté pendant 5 jours ; dans le troisième et le quatrième cas, par le shock et par l'hémorragie ; dans le cinquième cas, par le shock seul ; et dans le sixième cas, par l'hémorragie qui continua durant trois jours.

M. Elliot croit qu'il est sage de n'intervenir que lorsque la malade n'est plus en état de syncope, et conseille d'opérer le plus rapidement possible, en évitant les manipulations trop fréquentes à l'intérieur de la cavité abdominale. Le lavage de cette cavité et le drainage ne lui ont jamais paru nécessaires.

R. Blondel.

Hydromètrie sénile (*Société de chirurgie*, 2 juillet, 1902). — M. Fontoynont (de Tananarive) a adressé une observation d'hydromètrie consécutive à une atrésie du col utérin. Chez une femme, âgée de 50 ans, il fit d'abord une ponction qui permit de retirer un litre environ. La récidive s'étant produite, il pratiqua une deuxième ponction et draina l'utérus pendant quinze jours. La guérison semble définitive.

A. Benoit.

Du traitement de l'éclampsie puerpérale. (*Medical Record*, 8 Mars. 1902). — M. Robert Abrahams dit avoir eu recours à la phlébotomie ou à la venosection, associée aux injections de chlorure de sodium dans l'intestin, et rapporte quatre cas de succès complet. L'auteur, d'ordinaire, retire 400 à 500 centimètres cubes de sang et injecte dans le colon 5 à 6 litres d'une solution saline. Si la malade est dans un état de collapsus avancé, il est préférable de faire l'injection dans la veine.

M. Ralph Waldo a pour habitude de faire le curettage de tous les utérus présentant de l'infection puerpérale, et conseille les grandes irrigations. S'il y a des abcès, il faut les ouvrir, les désinfecter au piroxyde d'hydrogène et à l'eau stérilisée. Jamais, l'auteur n'a vu un cas d'infection puerpérale nécessiter une hystérectomie.

M. William Peyor admet que l'hystérectomie est d'autant moins urgente que le degré d'infection de l'utérus est plus grand.

Il a constaté que le curettage donne une mortalité de 20 0/0, et fait savoir que sa méthode de traitement consiste, après curettage de l'utérus, à isoler cet organe infecté, en le bourrant de gaze iodoformée.

M. George Tucker Harrisson suppose que les cas d'infection puerpérale, rapportés par M. Waldo ne sont que des cas de « saprémie », qui, en règle générale même sans traitement, évoluent toujours vers la guérison. Bien au contraire, les cas d'infection streptococcique, avec fièvre caractéristique au deuxième jour, ont le plus souvent une terminaison fatale.

M. D. S. Marx croit que les cas d'infection puerpérale, accompagnée d'une température élevée, d'un pouls petit, et de pertes de mauvaise odeur, c'est-à-dire, les cas de « saprémie » sont des indications formelles au curettage. Dans les cas d'infection puerpérale streptococcique, M. Moray a employé le sérum de Marmorek avec des résultats heureux. Accidentellement, il lui est arrivé d'injecter de ce sérum à la dose de 20 centimètres cubes, toutes les trois ou quatre heures, et de sauver la malade. Dans d'autres cas, l'opération césarienne a paru nécessaire, et parfois, l'auteur a administré le veratrum viride. Mais, M. Marx a vu des cas où, après l'administration de ce médicament, survenaient des crises convulsives, excessivement graves, avec un abaissement du pouls, au dessous de 60.

B. Blondel.

Pharmacologie

D' E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Sur le soluté de tartrate ferrico-potassique, par Charles (*Bull. des Sciences pharmacologiques*, juin 1902). — La Commission du Codex de 1884 a supprimé la préparation dite *Teinture de Mars tartarisée*, sous prétexte que sa composition était très « variable et très incertaine » ajoutant, d'ailleurs, que le tartrate de fer ammoniacal et le tartrate de fer et de potasse suffisaient aux indications thérapeutiques.

La Commission du supplément du même Codex s'est ravisée et a inscrit dans le formulaire un soluté de tartrate ferrico-potassique ainsi préparé.

Tartrate ferrico-potassique.....	1 gramme
Eau distillée,.....	4 —

On dissout le sel à froid et on conserve dans un flacon bouché à l'émeri. Cette préparation est très simple, mais son inconvénient est de laisser déposer au bout de peu de temps sinon immédiatement, du sesquioxyde de fer: le

liquide devient trouble. Aucun des moyens proposés jusqu'à ce jour pour éviter cet inconvénient ne mérite qu'on s'y arrête; ils altèrent ou modifient la composition du médicament.

L'auteur a pensé à ajouter de la glycérine qui a la propriété d'empêcher la précipitation de certains oxydes métalliques et entre autres du sesquioxyde.

Si dans une teinture préparée par le procédé du Codex et qui a précipité du sesquioxyde de fer, on ajoute de la glycérine en quantité suffisante, le sesquioxyde ne se dissout qu'au bout de quelques heures, et le liquide redevient limpide. Si on fait la solution de tartrate ferrico-potassique et si on l'additionne immédiatement de glycérine, la précipitation n'a plus lieu même après plusieurs mois.

Pour ne pas changer le titre adopté par le Codex, l'auteur recommande la formule suivante de conservation indéfinie.

Tartrate de fer et potasse.	1	gramme
Glycérine à 1,27 de densité.	1	—
Eau distillée.....	3	—

Faire dissoudre le sel dans l'eau froide et ajouter la glycérine.

Le liquide obtenu est plus dense que le liquide du Codex.

E. Vogt.

Le sirop d'écorces d'oranges amères, par Carles (*Répertoire de pharmacie*, 10 juin 1902). — L'auteur commence par démontrer qu'avec la formule actuelle du Codex, il est fatal que le sirop d'écorces d'oranges amères présente, d'une officine à l'autre, de notables différences, aussi bien au point de vue pharmacodynamique qu'au point de vue organoleptique.

Il y a donc lieu de mettre dans sa formule et dans sa préparation un peu plus de précision et de n'utiliser que le zeste réel, c'est-à-dire la partie la plus superficielle de l'écorce brute, parce que là seulement se trouvent réunis tous les éléments médicamenteux. Ce zeste, on le choisira vert, parce que, séparé du fruit avant maturité et desséché aussitôt après, il fournit des matières extractives plus amères, plus toniques, plus stomachiques. Ces matières perdant une part de leurs qualités entre deux récoltes, on les mettra en macération au plus tôt; de cette façon, tout se conservera intact dans la liqueur-mère, ou mieux se bonifiera avec le temps. Il n'y aura lieu de lui faire subir aucune distillation. De cette manière, et suivant l'état de concentration que le Codex adoptera, on aura ou un extrait fluide ou une teinture proprement dite : l'extrait fluide est préférable, parce qu'il s'agit d'une substance aromatique, à tannin et autres principes altérables par l'air et la chaleur.

On préparera ensuite le sirop par les moyens connus.

E. Vogt.

Méthode nouvelle d'application des ventouses (*Therap. Monatshefte*, juin 1902). — Rubinstein reproche à la méthode ordinaire la nécessité d'approcher de malades souvent agités une lampe allumée, pouvant être cause d'accidents, et le manque d'asepsie. Les appareils recommandés jusqu'ici pour obvier à ces inconvénients (Heurteloup, Thiele, etc.) présentent tous des défauts : l'auteur espère être arrivé, avec sa méthode, à une solution pratique du problème.

Le scarificateur est du modèle courant : la ventouse est en verre, de la capacité de 35 cc. environ, haute de 6 à 7 cm., avec un diamètre de 4 cm. En un point de l'ampoule se trouve un prolongement creux de 2 cm. de long, de 5 mm. de diamètre qui se termine par une ouverture : celle-ci est coiffée d'un tube de caoutchouc de 5 cm. se terminant par un robinet en ébonite, auquel s'adapte la seringue destinée à aspirer l'air contenu dans la ventouse. Pour faire le vide, on applique de la main gauche, sur la peau préablement désinfectée, la ventouse et l'on fait manœuvrer de la main droite le piston de la seringue. Dès que la ventouse est fixée, on ferme le robinet et on applique une autre ventouse après enlèvement de la seringue. Il suffit de tourner le robinet pour faire tomber la ventouse. On scarifie ensuite et on replace la ventouse comme ci-devant.

Les manipulations se font très rapidement et le malade n'est nullement incommodé.

E. Vogt.

Emploi nouveau de la glande surrénale (*Merck's Archives*, mai 1902). — F. S. Meara, dans un cas de prurit vulvaire de cause inconnue datant d'une quinzaine de jours et s'accompagnant de congestion vasculaire intense, commença par utiliser des badigeonnages de cocaïne. Ces derniers provoquèrent une constriction vasculaire momentanée suivie de dilatation plus marquée qu'avant le traitement. La cocaïne fut en conséquence abandonnée et remplacée par des applications d'extrait de capsule surrénale : il s'en suivit une décoloration rapide de la muqueuse. Au moment de l'emploi, le prurit augmenta, puis se transforma en une sensation de brûlure qui disparut au bout de quelques minutes.

L'effet se maintint jusqu'au lendemain matin : à ce moment, le prurit recommença brusquement : un résultat satisfaisant fut obtenu à nouveau par l'emploi du topique qui fut mal

supporté, la malade se plaignant d'une sensation de sécheresse : celle-ci céda à l'application de pommade boriquée. Le prurit avait en revanche entièrement disparu. La guérison date de deux mois.

Dans un second cas, moins intense, le même résultat fut obtenu : la malade exécuta elle-même son traitement.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

LES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

Le traitement ne s'adresse pas directement, tout au moins en général, au cœur lui-même, comme dans les cardiopathies valvulaires. Il vise surtout l'insuffisance rénale et la régularisation de la circulation périphérique, pour diminuer le travail du cœur.

I. Traitement de la première période (celle d'hypertension artérielle).

On cherche à combattre l'hypertension artérielle et ses causes.

Alimentation. — Régime lacté; le lait étant administré suivant les règles ordinaires, par doses égales et régulièrement espacées, étant pris froid ou chaud, cuit ou cru.

Au début d'un traitement, régime lacté exclusif pendant 10 à 15 jours; ensuite régime lacté absolu alternant avec le régime mixte, l'un et l'autre étant suivis pendant une semaine; ou bien le régime lacté absolu pendant 5 jours seulement; le régime mixte pendant 10 jours.

En cas de dégoût pour le lait, l'aromatiser avec du thé, du café, du chocolat, parfois une cuillerée à café par tasse de kirsch, rhum, anisette.

Faire rincer la bouche après chaque tasse de lait.

En cas d'intolérance gastrique, faire précéder l'administration de chaque tasse de l'un des cachets suivants.

Bicarbonate de soude.....	0 gr. 30
Sous-nitrate de bismuth..	0 gr. 20
Magnésie calcinée.....	0 gr. 10

ou suivant le fonctionnement de l'intestin.

Régime mixte : lait et laitages (crèmes, fromages frais); œuf; farineux passés au tamis : pommes de terre, haricots, lentilles, riz, légumes verts, fruits (sauf oseille, tomates, asperges, fraises, groseilles).

Viande en très petite quantité, à midi seulement, très fraîche et bien cuite, grillée ou rôtie.

Poissons frais (sauf anguille, thon, maquereau, saumon).

Beurre, graisses en quantité modérée.

On peut conseiller une cure de raisin à Montreux, Vevey, Aigle ou à Méran.

Interdiction du bouillon, des conserves, du gibier, de la charcuterie, des crustacés.

Boisson en quantité modérée, lait, eaux minérales diurétiques (Vittel, Evian, Martigny, Contréxeville, Capvern, Aulus).

Le régime doit être complété par l'emploi des moyens propres à assurer le fonctionnement régulier de l'intestin. On combattra la constipation par l'usage de la *poudre de réglisse composée* (1 c. à café le soir), du *sel de Carlsbad* (1/2 c. à café), de la magnésie et du soufre (àà 0 gr. 50), etc.

La troisième indication est de régulariser la nutrition. On y parvient au moyen du *massage abdominal et du massage général*, des *mouvements passifs*; des *lotions à l'eau dégourdie* suivies de frictions à l'alcool.

La quatrième est d'activer la diurèse. En dehors du lait, diurétique par excellence, il faut avoir recours aux diurétiques qui agissent directement sur le rein, c'est-à-dire à la *théobromine*.

Théobromine.....	0 gr. 30
Carbonate de lithium.. } Benzoate de soude..... }	àà 0 gr. 10

pour un cachet. Un cachet matin et soir avec un verre d'eau minérale, pendant 15 à 20 jours par mois.

La *lactose* est d'une action diurétique moins marquée. On en fait prendre 50 à 100 grammes par jour, dans une bouteille d'eau d'Evian.

La *scille* ne doit être employée qu'avec prudence, mais le *sulfate de spartéine* (0 gr. 10 par jour) a parfois une action diurétique marquée.

Le *massage*, déjà cité, exerce de son côté une action diurétique incontestable.

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Enseignement médical libre à Paris. — Cours de vacances. — Du lundi 6 au samedi 25 octobre, des cours élémentaires et des démonstrations pratiques seront faits à l'Hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente, Paris.

Liste des cours : Ophtalmologie, Dr Rochon-Duvignaud; Maladies de l'estomac, Dr Soupault; Oto-rhino-laryngologie, Drs Laurens et Boulay; Maladies des voies urinaires, Dr Noguès; Massage, Dr Marchais; Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, Dr Leredde; Gynécologie, Dr Jayle; Electrothérapie, Dr Zimmern; Chirurgie pratique, Dr Souligoux; Art de formuler, Dr Joanin; Maladies mentales, Dr A. Marie.

Chaque cours comprendra en moyenne neuf leçons. Le prix de chacune est fixé à 20 francs, payables en s'inscrivant.

Le programme collectif et détaillé des cours et démonstrations sera envoyé sur demande.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser au Dr Marchais, 10, rue La Bruyère, Paris, IXe.

Nouvelle salle d'opérations à Necker. — L'hôpital Necker n'a pas actuellement de salle d'opérations pour les voies urinaires. On se propose, à l'Assistance publique, de lui en construire une, et de faire cesser un état de choses gênant et dangereux dont se plaignaient à la fois les médecins, les infirmiers et les malades. Jusqu'ici, le professeur Guyon, qui est chargé de ce service de chirurgie, était obligé d'opérer ses malades dans des locaux mal appropriés, et dans des condions si mauvaises que la réussite de l'opération pouvait s'en trouver compromise. M. Mourier, directeur, et le conseil de surveillance de l'Assistance publique ont donc décidé la construction d'un nouveau pavillon, qu'on élevera aux lieu et place d'une petite bâtisse actuellement sans utilité. Ce pavillon de chirurgie n'aura qu'un rez-de-chaussée et un étage ; on le construira économiquement en briques et en fer, mais on le dotera, bien entendu, de l'électricité, du chauffage à air chaud, etc.

Il coûtera 49,000 fr. environ, qu'on se propose de demander — avec l'autorisation de l'État — aux fonds du pari mutuel. (*Le Temps*, le 18 juin 1902).

Les nouveaux pavillons de Cochin. — Le jeudi 3 juillet, ont été inaugurés par M. Mourier les deux nouveaux pavillons construits à l'hôpital Cochin Le pavillon Claude-Bernard est destiné à recevoir 64 lits, et doit former un service général pour hommes. Le pavillon Potain doit être agrandi ultérieurement et actuellement comprend 19 lits formant un service de médecine générale pour femmes. Ces pavillons, édifiés grâce à une subvention du pari mutuel, ont été construits par M. P.-L. Renaud, architecte de l'Assistance publique, assisté de M. Elie Leroy, architecte, inspecteur des travaux et de M. Desbrochers des Loges, ingénieur de l'Administration de l'Assistance publique. Les deux pavillons ont été, comme ceux de la Maternité, construits selon toutes les données de l'hygiène moderne, et l'architecte s'est heureusement inspiré des conseils de M. le Dr Chauffard, qui devient chef du nouveau service. La dépense est relativement modérée, s'élevant à environ 500.000 francs pour 84 lits — soit 5950 francs par lit — y compris les frais de jardinage, l'aménagement des abords, les consolidations souterraines, etc.

La lutte contre la tuberculose dans l'usine et l'atelier. — A la suite d'nn rapport sur la question, qui lui était présenté par son directeur, le Conseil de direction de l'Association des industriels de France contre les accidents du travail vient d'adopter, touchant la prophylaxie de la tuberculose dans les établissements industriels, les conclusions suivantes :

Le Conseil de direction de l'Association des industriels de France contre les accidents du travail :

1° Appelle la sérieuse attention des industriels sur la nécessité de combattre énergiquement la propagation de la tuberculose, parmi leur personnel d'ouvriers et d'employés;

2° Les engage à substituer, toutes les fois qu'il sera possible, le nettoyage humide des ateliers au nettoyage à sec, et dans tous les cas, à faire effectuer autant que possible le balayage le soir, après le départ des ouvriers, plutôt que le matin avant leur entrée;

3° Les engage aussi à éviter, dans toute la mesure possible, l'action nocive des poussières professionnelles, soit en aspirant ces poussières pour les recueillir ou les détruire, soit en faisant usage de masques respirateurs lorsque ce dernier moyen sera seul possible;

4° Leur conseille de faire, dans leurs ateliers et bureaux, l'essai de crachoirs, en recommandant au personnel de se servir de ces appareils et de ne pas cracher sur le sol;

5° Leur conseille de faire à cet égard l'éducation du personnel, en lui expliquant, par des avis affichés et des instructions verbales, l'intérêt considérable qui existe pour les ouvriers et leurs familles à ce que cette précaution hygiénique soit observée;

6° Leur conseille, enfin, d'appeler l'attention de leur personnel sur les dangers de l'alcoolisme et sur sa corrélation avec la tuberculose.

La même association tient à la disposition de ses membres des exemplaires d'une affiche destinée à être apposée dans les ateliers, et dont la teneur est un exposé résumé des dangers de la tuberculose, de ses causes et des principales règles d'hygiène préventive.

BIBLIOGRAPHIE

Maladies du Cuir chevelu. Les maladies séborrhéiques, Séborrhée, Acnès, Calvitie, par le Dr R. Sabouraud, chef du laboratoire de la Ville de Paris, à l'hôpital Saint-Louis, membre de la Société de Dermatologie. 1 vol. in-8°, avec 91 figures dans le texte dont 40 aquarelles en couleurs (Masson et Cie, éditeurs). 10 fr.

Depuis que le Dr Sabouraud annonça pour la première fois que la Séborrhée et la Calvitie séborrhéique étaient des maladies microbiennes (*Annales de l'Institut Pasteur*, février 1897), le public scientifique attendait une monographie complète du sujet pour juger les progrès accomplis dans l'étude de ces maladies si communes et jusque-là si mal connues. C'est ce travail que M. Sabouraud nous donne aujourd'hui et il en fait le premier volume d'une série ayant pour titre : *Les Maladies du Cuir chevelu.*

Toutefois, pour faire comprendre la calvitie et son mécanisme, l'auteur est forcé de présenter d'abord une étude de la *Séborrhée* en général, puis une étude des *Acnés* qui en compliquent si fréquemment l'évolution. *La Calvitie*, qui forme la partie la plus importante de l'ouvrage, y est analysée dans ses causes générales, dans sa cause microbienne, dans ses symptômes capitaux, dans sa marche, son évolution, ses formes diverses; l'auteur étudie ensuite les lésions anatomiques dont s'accompagne l'infection microbienne séborrhéiques à tous ses stades.

Enfin la *Thérapeutique* actuelle de la séborrhée de tous sièges et de la calvitie séborrhéique est étudiée minutieusement avec un soin et des détails dont les praticiens sauront assurément beaucoup de gré à l'auteur.

Malgré la spécialité du sujet, cet ouvrage a été écrit dans un style clair et simple, sans accumulation de mots techniques et avec le visible souci d'être compris même du médecin qui n'est pas spécialiste en ces matières; le texte est abondamment illustré de *figures en noir et en couleurs* qui ajoutent singulièrement à l'intérêt de sa lecture et donnent au livre tout entier une valeur documentaire de premier ordre.

Dans les conditions où se présentent *Les Maladies séborrhéiques*, ce livre est la seule monographie scientifique sur cette matière et éclaire d'un jour tout nouveau la genèse et la thérapeutique de cette maladie si commune et si redoutée : la *Calvitie*.

Les Dilatations de l'estomac, par le Dr M. Soupault, médecin des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-16 de 96 pages, cartonné (*Actualités médicales*) : 1 fr. 50 (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Le Dr Soupault présente un exposé clair et

précis de la question des *Dilatations de l'estomac* comme les travaux modernes permettent de l'envisager.

Une analyse clinique plus minutieuse, aidée de procédés techniques plus précis, ont montré que l'augmentation de la capacité gastrique et l'insuffisance motrice qui l'accompagne sont en réalité un état secondaire dont la signification pathologique est étroitement subordonnée aux causes très variables auxquelles elle ressortit.

M. Soupault étudie d'abord les symptômes communs à toutes les dilatations, puis leur étiologie et leur pathogénie : dilatations d'origine pylorique, dilatations de cause extrinsèque, dilatations par insuffisance de la contraction des parois gastriques.

Le traitement, qui intéresse surtout le praticien, comprend la moitié du volume. L'auteur indique d'abord les prescriptions d'hygiène ou de régime qui concernent toutes les variétés de dilatations ; puis il passe au traitement spécial des dilatations d'origine pylorique et des dilatations par insuffisance.

Le cancer de l'estomac et son traitement chirurgical, par le Dr Robert S. Kolbe, professeur suppléant à la Faculté de Médecine de Buenos-Ayres. Un volume in-8° de 260 pages avec figures. Broché, 4 fr. 50, cartonné, 5 fr. Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris.

Le IIe Congrès de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique, par MM. les Drs Bérillon et Paul Farez. Vigot, éditeur, place de l'École-de-Médecine, Paris.

Les comptes rendus du 2e Congrès, international de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique viennent de paraître sous forme d'un important volume orné de 58 figures. Ce congrès, ouvert sous la présidence du Pr Raymond et du Dr Jules Voisin, a été tout à fait remarquable par la valeur et la variété des travaux qui y ont été communiqués. L'hypnotisme y a été étudié à tous les points de vue.

Parmi les rapports généraux nous devons citer :

1° *Valeur de l'hypnotisme comme moyen d'investigation psychologique*, par les Drs O. Vogt (de Berlin), Paul Farez et Félix Régnault.

2° *L'hypnotisme au point de vue médico-légal*, par MM. les Drs H. Lemesle, von Schrenk-Notzing (de Munich), Paul Joire (de Lille), et Ch. Julliot, docteur en droit.

3° *L'hypnotisme dans ses rapports avec l'hystérie*, par les Drs Paul Magnin et Crocq (de Bruxelles).

4° *Les applications de l'hypnostisme à la pédagogie et à l'orthopédie mentale*, par le Dr Bérillon.

Nous devons encore mentionner d'importantes communications sur les applications cliniqnes, thérapeutiques, pédagogiques et psychologiques de l'hypnotisme par M. le Pr Raymond, par MM. les Dr Jules Voisin, Van Renterghem (d'Amsterdam), de Jong (de la Haye), Durand de Gros, Lloyd Tuckey (de Londres), Tokarsky (de Moscou), Stadelmann (de Wurtzbourg), Régis (de Bordeaux), Cullerre (de la Roche-sur-Yon), Bianchi (de Parme), Tamburini (de Reggio-Emilia), Hickmet (de Constantinople), Jaguaribe (de Sao-Paulo), Aars (de Christiana), Bonjour (de Lausanne), Bourdon (de Méru), Merlier (de Roubaix), Babinsky, Raffegeau, Baraduc, Bilhaut, Terrien, Binet-Sanglé, Bellemanière, Bérillon, Paul Farez, etc.

Le volume des comptes rendus du Congrès de l'hypnotisme auquel ont collaboré les hommes les plus compétents sur la question de l'hypnotisme sera lu avec fruit par tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la psychologie scientifique.

Nlle Imprimerie, E. Lasnier dir., 35-37, rue St-Lazare, Paris — *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Cours de thérapeutique pratique. — Pendant la période de vacances aura lieu, au Laboratoire de Thérapeutique, sous la direction de M. le professeur A. Gilbert, un Cours de Thérapeutique pratique.

Ce Cours aura pour objet : l'Art de prescrire, la préparation des principaux médicaments, les nouvelles médications.

Les Conférences commenceront le 15 septembre et auront lieu tous les jours à 4 heures.

Le Cours comprendra 14 leçons.

Elles seront faites les lundi, mercredi et vendredi, par le Dr A. Chassevant, agrégé de la Faculté; les mardi, jeudi et samedi, par M. le Dr P. Carnot, chef du Laboratoire.

Programme du Cours. — M. A. Chassevant, 7 *leçons* : 15, 17, 19, 22, 24, 26, 29 septembre.

1re et 2e *Leçons*. — Principaux médicaments : leurs divers modes de préparation : Médicaments chimiques, galéniques, officinaux, magistraux.

3e *Leçon*. — Comment composer une formule magistrale, Associations médicamenteuses. Incompatibilités.

4e *Leçon*. — Posologie des divers principes actifs : doses thérapeutiques, doses toxiques.

5e *Leçon*. — Modes et voies d'absorption des médicaments. Action dans l'organisme. Voies d'élimination.

6e *Leçon*. — Nouvelles acquisitions de la matière médicale.

7e *Leçon*. — Les régimes alimentaires. Ration d'entretien des malades.

M. P. Carnot, 6 *leçons* : 16, 18, 20, 23, 25, 27 septembre.

1e *Leçon*. — Les nouvelles médications antiinfectieuses spécifiques.

2e *Leçon*. — Les nouvelles médications antiinfectieuses non-spécifiques.

3e *Leçon*. — Les nouvelles médications hypnotiques et analgésiques.

4e *Leçon*. — Les nouvelles médications calmantes, dynamogéniques, antithermiques.

5e *Leçon*. — Les nouvelles médications cardiovasculaires.

6e *Leçon*. — Les nouvelles médications glandulaires.

La Conférence du mardi 30 septembre sera faite par M. le Pr A. Gilbert, qui traitera : l'*Art de prescrire*

Le montant des droits à verser pour le cours est de 50 francs.

Seront admis : les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement des droits. MM. les Etudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement relatifs au Cours seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Association française de chirurgie 15e Congrès, 20-25 octobre 1902. — Le 15e Congrès de l'*Association française de Chirurgie* s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le lundi 20 octobre 1902, sous la présidence de M. le Dr Jacques Reverdin, professur à l'Université de Genève, associé étranger de la Société de Chirurgie.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à 2 heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Chirurgie du cœur et du péricarde*, rapporteurs : MM. Terrier et Reymond, de Paris;

2° *Traitement du tétanos* : rapporteur, M. Vallas de Lyon.

MM. les Membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 août, au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, Secrétaire-général, 81, rue Saint-Lazare, à Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au Secrétaire-général.

XIVe Congrès international des Sciences médicales à Madrid. — Le sectionnement reste modifié comme suit :

1). Anatomie (Anthropologie, Anatomie comparée, Embryologie, Anatomie descriptive, Histologie normale et Thératologie).
2). Physiologie, Physique et Chimie biologiques.
3). Pathologie générale, Anatomie pathologique et Bactériologie.
4). Thérapeutique et Pharmacie..... .... { a) Thérapeutique. b) Hydrologie médicale. c) Pharmacie.
5). Pathologie interne.
6). Neuropathies, Maladies mentales et Anthropologie criminelle.
7). Pédiatrie.
8). Dermatologie et Syphiligraphie.
9). Chirurgie générale..... { a) Chirurgie et Opérations chirurgicales. b) Urologie.
10). Ophtalmologie.
11). Oto-Rhino-Laryngologie..... { a) Otologie. b) Rhino-Laryngologie.
12). Odontologie et Stomatologie.
13). Obstétrique et Gynécologie).
14). Médecine et Hygiène Militaire et Navale.
15). Hygiène, Epidémiologie et Science sanitaire technique.
16). Médecine légale et Toxicologie.

Les *cotisations* peuvent être adressées directement au Secrétariat Général, moyennant un chèque sur Madrid, ou pour la France à M. le Dr Richardière, secrétaire général du Comité français, 18, rue de l'Université.

FELIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon, Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale la Faculté de médecine de Par Membre de l'Académie de médecine Chirurgien de la Pitié.

BERGER
Professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris, Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de l'hôpital Beaujon.

PONCET
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon Correspondant de l'Académie de Médecine.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris Chirurgien de l'hôpital Bichat.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois

Chaque livraison de la *Revue de Médecine* contient de 5 à 6 feuilles grand in-8 ; chaque livraison de la *Revue de Chirurgie* contient de 8 à 9 feuilles grand in-8.

PRIX D'ABONNEMENT :

Pour la Revue de Médecine		Pour la Revue de Chirurgie	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	30 fr.
— Départements et étranger	23 fr.	— Départements et étranger	33 fr.
La livraison, 2 francs.		La livraison, 3 francs.	

Les *deux Revues* réunies, un an, Paris, **45** francs. — Départements et Étranger, **50** francs

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'action malfaisante du Podophyllin sur l'œil par contact direct.

par le Dr A. V. de Rocca-Serra.

Au cours de nos études, pendant les quelques années passées à la clinique du Dr Sureau, notre maître avait eu quelquefois l'occasion d'attirer notre attention sur une maladie, assez fréquente chez les ouvriers droguistes, et que ceux-ci attribuaient à l'action directe, sur leurs yeux, du podophyllin qu'ils manipulaient.

Appelé à donner nos soins aux clients de plusieurs compagnies d'assurances, nous nous étions familiarisé avec ces affections oculaires, si fréquentes dans l'industrie, causées par un agent chimique quelconque mais dont l'action est ordinairement limitée aux conjonctives et à la cornée. Dans cette affection podophyllique, au contraire, sans traumatisme aucun, l'iris participait à la réaction générale et l'iritis semblait constituer parfois le symptôme dominant de la maladie. La chose n'était pas sans nous surprendre, aussi prîmes-nous la résolution de l'approfondir. Sur les conseils du Dr Sureau, auquel revient une grande part dans ce travail qu'il a inspiré et dirigé, nous avons commencé par prendre de nos malades une observation des plus exacte. Puis, nous avons fait des recherches dans la littérature médicale pour savoir si la science avait déjà noté quelques cas analogues; nos investigations, des plus laborieuses, ne donnèrent aucun résultat : les enquêtes que nous avons pu faire dans les cliniques ne furent pas plus heureuses. C'est alors que nous avons eu l'idée de consulter les différents droguistes qui nous avaient adressé leurs ouvriers malades. Poussant même plus loin notre documentation, nous sommes allé voir les principaux industriels qui fabriquent du podophyllin. Les uns comme les autres, nous confirmèrent les dangers de la manipulation de ce produit. Tous avaient plus ou moins souffert dans leur personnel, quelques-uns avaient même dû renoncer à la préparation de la dangereuse poudre, tant leurs ouvriers en avaient éprouvé l'action malfaisante.

Comme on le voit, la question s'élargissait; elle ne se bornait plus dorénavant à l'étude d'une affection nouvelle; il fallait désormais l'envisager à un double point de vue médical et social, il s'agissait de signaler un nouveau danger qui venait encore s'ajouter à tous ceux qui déjà menacent l'ouvrier dans l'industrie. Et cela avait d'autant plus d'importance, qu'à part quelques dispositions générales, aucune loi, aucun décret ne régit la matière. Si les industries où l'on emploie du plomb, du phosphore, des sels de mercure, etc... pour ne citer que celles-là, sont et avec raison, réglementées et rigoureusement surveillées, par contre les manipulations des produits pharmaceutiques — et nous parlons pas ici du seul podophyllin, car, à côté ne lui, et pour des méfaits plus

considérables peut-être, on pourrait citer l'aconit, l'ipéca, le ricin, le croton et bien d'autres encore — ces manipulations, dis-je, ne sont l'objet d'aucun règlement spécial.

Il nous a donc paru que, tant au point de vue de la science ophtalmologique qu'à celui de l'hygiène industrielle, il serait utile d'analyser les quelques observations que nous avons pu recueillir, d'en tirer les conclusions qu'elles comportent et de les publier.

Bien que nous n'ayons pas la prétention de faire un travail complet, il nous eût été cependant malaisé, sans sortir du domaine de l'hypothèse, d'échafauder tout le mécanisme de l'affection podophyllique en nous servant uniquement des observations de nos malades. Pour nous aider, nous avons eu recours à l'expérimentation. Sous la haute direction et dans le laboratoire de M. le professeur Laborde, dirigé par ses conseils dont nous sentions toute l'autorité, nous avons essayé, avec quelque succès, de reproduire artificiellement sur des animaux, la maladie observée chez l'homme. Les phénomènes que nous avons ainsi observés, au jour le jour, en suivant le processus, pas à pas pour ainsi dire, dans ses diverses manifestations, nous ont permis d'écrire deux chapitres très intéressants, croyons-nous, de cette étude, concernant la physiologie et l'anatomie pathologique.

Grâce au talent de notre ami le Dr W. Frogier et à l'obligeance du Dr Gastou qui a bien voulu mettre à notre disposition les précieuses ressources de son laboratoire de l'hôpital St-Louis, nous avons même pu reproduire par le dessin quelques-unes des lésions que nous avait révélées le microscope.

Cette étude du podophyllin, à un point de vue particulier, nous a parfois fait constater des choses intéressantes que, vu le caractère assez spécial de notre sujet, nous avons du négliger. Nous en avons cependant signalé quelques-unes se rapportant notamment à l'action purgative du podophyllin jusqu'ici, semble-t-il, assez mal connue; nous n'y insisterons pas davantage et nous laisserons à d'autres, plus compétents et plus autorisés, le soin de reprendre et de compléter, au besoin, l'étude de cette drogue. Dans le même ordre d'idée, contentons-nous de dire que l'action de ce produit sur l'iris semble corroborer l'opinion de Nicati (1) et Panas (2) qui assimilent la fonction physiologique de cette membrane à celle d'un système glandulaire complet.

I

§ I. — Le podophyllin est une résine que l'on extrait du rhizôme du Podophillum peltatum, herbe vivace de la famille des Berberidacées, assez abondante dans l'Est de l'Amérique du Nord. Cette résine, insoluble dans l'eau, légèrement soluble dans les solutions alcalines et complètement soluble dans l'alcool, se présente sous la forme d'une poudre jaune verdâtre de saveur âcre et amère. C'est un corps complexe qui, d'après Podwyssotzki, ne serait qu'un mélange de matières grasses et colorantes et de podophyllotoxine le véritable produit actif.

§ II. — Employé depuis longtemps déjà, en Amérique et en Angleterre où ses propriétés purgatives sont connues depuis de longues années, le podophyllin ne fait que bien tard son entrée dans la pharmacopée française. Trousseau le préconise en 1864. Dujardin-Beaumtz le recommande comme stimulant de la sécrétion biliaire. Certains auteurs lui reconnaissent des effets altérants. Ingéré à la dose de un à cinq centigrammes, il excite les sécrétions glandulaires intestinales et par action réflexe donne lieu à

(1) Nicati, *Archives d'ophtalmologie*, 1890, p. 481-508.
(2) Panas, *Traité d'ophtalmologie*, p. 53.

un peu de salivation. Aussi est-ce vraisemblablement comme agent d'hypercrinie intestinale qu'il agit.

Introduit en suspension dans l'eau à la dose de 25 centigrammes, par la sonde œsophagienne dans l'estomac d'un chien de moyenne taille, on ne tarde pas à voir apparaître des vomissements et de la diarrhée presque continuelle avec des selles chargées de glaires, de bile et de sang. L'animal meurt avec des phénomènes asphyxiques au bout de cinq à six heures (1).

A l'autopsie, l'estomac est congestionné surtout au niveau des orifices, qui ont une couleur rouge vineuse. Cette congestion, très intense au niveau du gros intestin, est encore très considérable tout le long du tube digestif, dont les glandes ont sécrété abondamment un mucus épais qu'il faut râcler pour apercevoir la muqueuse sous-jacente très hyperémiée. Contrairement à ce que l'on croyait jusqu'ici, les autres organes présentent des modifications importantes : tel le foie dont le parenchyme participe à la congestion générale et les reins dont la substance corticale se confond avec la substance médullaire. Le cœur est indemne, il ne contient pas de caillots, mais un sang noir et visqueux, signe évident de la mort par asphyxie de l'animal (2).

Telle est l'action du podophyllin sur l'appareil de la digestion. Retenons-en simplement ceci, que c'est un excitant de toutes les sécrétions glandulaires du tube digestif et de ses annexes.

§ 111 — Disons maintenant un mot de sa préparation industrielle, puisque c'est au cours des diverses manipulations qu'elle nécessite que l'on observe des cas comme ceux que nous rapportons.

Pour extraire le podophyllin, on pulvérise d'abord la racine de podophylle. Cette pulvérisation se faisant à couvert dans des appareils spéciaux complètement clos, l'ouvrier ne court aucun danger quelle que soit la quantité de kilogrammes de racine qui ait passé dans le pulvérisateur. Cette opération terminée, on épuise par l'alcool, on distille, et le résidu de la distillation est versé dans l'eau froide qui dissout tous les produits autres que la résine. On renouvelle l'eau de lavage jusqu'à ce qu'elle soit incolore, puis on dessèche le produit ainsi obtenu qui constitue le podophyllin. C'est dans cette dernière manipulation que commence le danger, pour l'ouvrier imprudent ou ignorant, qui a le malheur soit de ne pas abriter ses yeux derrière des lunettes spéciales, soit de les frotter avec ses doigts imprégnés du dangereux produit.

Parfois, en effet, le danger le poursuit jusque dans la fabrication des pilules, soit au moment de la préparation de la masse pilulaire lorsqu'on emploie le pilulier, soit au cours de la fabrication elle-même, lorsqu'on emploie le procédé dit du *montage* qui consiste à mettre dans une turbine quantité de petits cristaux de sucre dits pour « non pareilles », arrosés de sirop et sur lesquels on fait des aspersions de la poudre à incorporer desséchée. On voit tout le danger couru par l'homme chargé de mener à bien une telle opération. Nous n'y insisterons pas davantage pour le moment et nous allons, après ces préliminaires obligatoires, montrer l'action du podophyllin en contact direct avec l'œil.

(1) Faisons remarquer que cette expérience est faite et que ses résultats sont obtenus avec une dose massive qui paraît bien être une dose toxique (Expérience faite au laboratoire de M. Laborde).

(2) Autopsie faite par M. Laborde.

II

§ I. — Lorsque, pour une cause quelconque, de la poussière de podophyllin vient en contact avec l'œil, elle y détermine des effets qui varient selon la pureté et la quantité du produit, et la sensibilité de l'œil atteint, mais dont le tableau clinique ne s'écarte guère de la description que nous allons donner.

Bien que les phénomènes observés se rapportent en général à toutes les parties de l'œil qui se sont trouvées en contact immédiat avec l'agent irritant, ils acquièrent une importance si particulière lorsque la cornée et l'iris en sont le siège que nous nous étendrons sur ce point après avoir décrit rapidement les lésions palpébrales et conjonctivales

A leur surface cutanée, les paupières légèrement œdématiées présentent des taches rouges, à l'aspect papuleux et saillant; ces taches sont, bien entendu, loin d'être constantes, on les observe cependant quelquefois et elles viennent alors avec d'autres manifestations cutanées reconnaissant la même origine compliquer le diagnostic.

Quant aux conjonctives, le podophyllin y détermine immédiatement une violente inflammation. Elles sont rouges, hyperémiées et parfois les capillaires en sont tellement dilatés qu'il devient difficile de suivre leurs contours qui se confondent. Quelquefois au milieu de l'injection on trouve des traînées d'un rouge diffus : ce sont de petites hémorragies, des ecchymoses conjonctivales provenant de la rupture de petits vaisseaux. Cette inflammation dure assez longtemps et disparaît au bout de huit à dix jours environ. La sécrétion qui l'accompagne est peu abondante, peu en rapport, en tout cas, avec l'intensité des phénomènes inflammatoires; elle est très concrète et dure environ quarante-huit heures.

Le larmoiement au contraire est très marqué au début de l'affection mais disparaît après trois ou quatre jours.

A cela se joignent des picotements, des sensations de gravier. L'intensité des symptômes dépend incontestablement du degré de l'inflammation elle-même, cependant il est assez rare que les douleurs occasionnées par cette conjonctivite soient assez violentes pour empêcher le malade de vaquer à ses occupations.

Jusqu'ici, en somme, rien de bien particulier, si ce n'est cette action irritante du podophyllin sur la peau des paupières.

La conjonctivite a peut-être une forme un peu spéciale, mais nous ne lui voyons aucun caractère bien défini et bien net qui nous permette de la différencier des autres affections similaires et en particulier du simple catarrhe conjonctival. Aussi bornons-nous en là et arrivons-en aux lésions de la cornée et de l'iris.

La cornée d'un œil atteint par le podophyllin présente souvent une infiltration qui est plus ou moins profonde et étendue selon la durée du contact. Cette infiltration, qui peut cependant faire défaut, se manifeste ordinairement par une teinte blanchâtre opalescente qu'elle imprime à la cornée ; ne donnant parfois que l'impression d'un léger trouble, elle peut encore être transparente, se borner à un léger œdème cornéen ; elle n'est alors perceptible qu'à l'examen skiascopique et se révèle par une réverbération analogue à celle que l'on voit dans le kératocône translucide.

Cette sorte de kératite qui peut être généralisée sur toute la cornée, est toujours centrale, elle s'accompagne toujours d'érosions et de desquamations de la couche épithéliale antérieure qui, à l'éclairage oblique présente un aspect rugueux et dépoli. Cela joint à l'inflammation conjonctivale provoque une photophobie très prononcée qui dure deux ou trois jours. Si l'on recherche le réflexe cornéen dans les points où l'on constate du trouble,

on remarque qu'il est sinon aboli, du moins diminué après avoir été exagéré pendant environ quarante-huit heures. Cette hypoesthésie cornéenne dure à peu près autant que la kératite qui est très tenace et dont la marche régressive qui va de la périphérie au centre, est tellement lente que tout est rentré dans l'ordre alors qu'elle n'a pas encore disparu.

Mais tandis que l'altération cornéenne est pour ainsi dire facultative ou tout au moins variable, les phénomènes iritiques semblent être plus constants : on les voit généralement éclater brusquemment dans la nuit qui suit l'accident et atteindre rapidement leur maximum d'intensité. Le globe dont la tension semble normale, est fortement injecté, l'iris hyperémié et en contraction ne réagit ni à la lumière ni à l'atropine, son dessin n'est plus net et sa coloration devient vague ; en même temps le champ pupillaire est obstrué par les exsudats, l'humeur aqueuse en est troublée et dans quelques cas la membrane de Descemet se couvre d'un léger piqueté noirâtre de sécrétion uvéale. A l'ophtalmoscope, il devient difficile d'éclairer le fond de l'œil.

Tels sont les phénomènes objectifs. Quant au malade, il est averti qu'un changement subit vient de se produire dans son état. Sa vue gênée par les exsudats qui couvrent sa pupille, par le trouble de l'humeur aqueuse, a considérablement baissé, et à ses douleurs qui jusque là avaient été supportables sont venues s'ajouter soudain des souffrances vives, intolérances qui non seulement siègent dans l'œil même, mais s'irradient au pourtour et tout spécialement à la région sus-orbitaire.

Cet état grave, compliqué d'insomnie, dure deux à trois jours, et, malgré les traitements employés, tout semble désespéré lorsque, brusquement, presque avec la même rapidité qu'au début, la défervescence se produit, les douleurs s'apaisent, l'iris se laisse dilater par l'atropine, l'exsudat se résorbe et au bout d'un septénaire dans les cas moyens, toute trace d'iritis a disparu.

§ II. — Nous avons déjà dit un mot de la conjonctivite podophyllique, au point de vue de son diagnostic différentiel, nous n'y reviendrons pas. Dans les considérations qui vont suivre nous ne nous occuperons que des phénomènes cornéens et iritiques.

Si la cornée est largement et profondément infiltrée, si son aspect est uniformément blanchâtre, notre kèratite à sa période d'état peut être confondue avec la kératite neuro-paralytique dont elle semblerait constituer une forme fruste. Dans l'une et l'autre affection, on voit : trouble et insensibilité de la cornée, absence de sécrétion muco-purulente et iritis. Le diagnostic se fera cependant assez facilement par la constatation des phénomènes inflammatoires, du larmoiement intense et de l'élément douleur que l'on ne voit jamais dans la kératite neuro-paralytique. Joignez à cela la marche bien plus grave de cette dernière maladie et les commémoratifs et il sera bien difficile de se tromper.

Quant à l'iritis, si l'infiltration cornéenne n'est pas trop prononcée, on pourra la confondre avec une iritis banale et surtout syphilitique. Les taches rouge cuivre que l'on constatera quelquefois sur la peau du malade viendront favoriser cette erreur évitable cependant et par les commémoratifs, et par l'évolution du processus.

L'iritis syphilitique débute insidieusement et n'arrive à sa période d'état qu'au bout de plusieurs jours. L'iritis podophyllique, au contraire, a une marche très rapide qui frappe par sa soudaineté et qui aboutit à l'état aigu au bout de quelques heures. La première est une maladie à marche lente et irrégulière qui ne cède qu'au traitement spécifique. L'autre est passagère et guérit presque complètement en six ou sept jours.

Quant à l'éruption cutanée syphiliforme (1), on remarquera qu'elle ne se produit que sur la face et les avant-bras, c'est-à-dire, sur des parties exposées au contact du podophyllin.

Enfin l'interrogatoire du malade pourra dissiper les derniers doutes s'il en existait encore et éclairer enfin le diagnostic.

§ III. — Malgré le peu de cas observés, nous croyons que l'affection podophyllique n'est pas bien grave et qu'elle guérit le plus souvent en peu de temps sans laisser de traces, pour cette simple raison que celui qui est atteint par le podophyllin se soustrait presque toujours immédiatement et malgré lui à une action soutenue de la poussière irritante. Le pronostic est donc en général bénin. Mais il semble par contre résulter de nos expériences, que l'affection pourrait devenir grave si l'œil était soumis à un contact plus prolongé.

III

L'anatomie pathologique de l'affection que nous venons de décrire intéresse tout le segment antérieur de l'œil : cornée, iris, procès ciliaires, cristallin.

Nous étudierons donc successivement ces divers organes que nous aurons empruntés à des yeux de lapin énucléés au moment de la période aiguë de la maladie, c'est-à-dire du 2e au 3e jour.

La *cornée* est atteinte dans toutes ses parties : la couche de Bowman paraît par endroits repliée sur elle-même.

Le parenchyme présente, principalement à la région antérieure, entre les lamelles cornéennes, une accumulation de cellules rondes ou cellules de Recklinghausen qui, venues du réseau vasculaire péri-cornéen, ont émigré vers la cornée. Ces cellules forment de véritables trainées à la partie périphérique. La membrane de Descemet est décollée par endroits, mais ce décollement est de faible étendue.

L'angle irido-cornéen est surtout envahi par l'infiltration. On y remarque en effet des amas considérables de leucocytes, dont le nombre est tel qu'on croirait voir un tissu de granulation.

On sait déjà que chez l'animal, l'iritis podophyllique ne répond pas absolument à la gravité de celle observée chez l'homme. Nous avons pu, malgré cela, sur les coupes d'iris que nous avons faites, constater des altérations discrètes il est vrai, mais assez nettes pour nous permettre d'en faire mention.

Ce qui frappe le plus quand on examine au microscope une préparation d'*iris*, c'est la dilatation énorme des vaisseaux qui sont gorgés de sang et dont les parois internes et externes sont parfois tapissées de leucocytes, ce qui semble indiquer qu'il y a eu diapédèse.

La couche pigmentaire paraît un peu augmentée et la trame de l'iris présente çà et là avec quelques amas informes de pigment des cellules rondes assez abondantes. Signe évident d'infiltration.

Nous devons cependant reconnaître que nous n'avons constaté aucun exsudat fibrineux à la partie antérieure de cette membrane.

Nous ne dirons pas grand chose sur les *procès ciliaires*, si ce n'est qu'ils nous ont semblé hypertrophiés et que leur couche pigmentée nous a paru en état de prolifération.

(1) Hodgson et Lewis ont signalé cette action irritante du podophyllin sur la peau.

Le *cristallin* n'est pas altéré dans sa substance propre, mais la cristalloïde antérieure porte la trace de la sécrétion uvéale et pour ainsi la signature de la maladie. Le bord pupillaire de l'iris vient en quelque sorte s'y imprimer. C'est ce que l'on peut y constater un fin pointillé de pigment, de forme circulaire. Nous ne croyons pas que ce soient là des synéchies mais un simple dépôt qui à la longue aurait bien pu s'organiser.

Nous avons dit au début de ce chapitre que le segment antérieur de l'œil était seul altéré, malgré un examen des plus attentif, en effet, nous n'avons rien remarqué d'anormal dans les autres parties de l'œil.

Nous faisons cependant à ce sujet toutes nos réserves car il pourrait se faire que, chez l'homme, les parties profondes du globe soient intéressées par le processus podophyllique, qui doit produire, notamment sur l'iris, des altérations bien plus nettes et bien plus franches.

IV

Des nombreuses expériences que nous avons faites, il semble résulter que l'action du podophyllin, assez complexe, varie encore avec les tissus qui la subissent.

Sur la cornée nous avons constaté des phénomènes d'excitation et de paralysie (1).

La période d'excitation se traduit par de l'hyperesthésie et de la photophobie. Sa durée varie de deux à trois jours. La seconde période se manifeste par de l'insensibilité cornéenne, elle peut durer très longtemps, c'est le symptôme de l'affection qui disparaît le dernier, nous l'avons constaté alors que toute trace de maladie semblait avoir disparu.

Quel est le mécanisme de cette double action ? Voici comment nous l'expliquons ; le podophyllin insoluble dans l'eau se laisse dissoudre légèrement dans un millieu alcalin tel que les larmes, c'est ainsi que sa solution vient baigner la cornée dont il détruit l'épithélium antérieur. Par suite de cette destruction, les filets sensitifs du trijumeau qui innervent cette membrane se trouvent exposés à l'air et provoquent de la photophobie. Continuant son œuvre, le podophyllin s'attaque alors à la cellule nerveuse et soit par névrite, soit par tout autre processus, cette action aboutit à l'insensibilité de la cornée.

Sur l'iris, l'action du podophyllin se traduit d'abord et immédiatement par du myosis. A quoi devons-nous attribuer ce myosis ? Nous venons de voir que le podophyllin produisait d'abord de l'hyperesthésie de la cornée, c'est-à-dire une excitation du trijumeau. Or, la physiologie nous apprend que l'excitation du trijumeau provoque une action vasodilatatrice, entre autre du resserrement pupillaire, chose qui peut être un acte inhibitoire de la fonction du sympathique ou de l'oculo-moteur. Le même phénomène du côté de l'iris se produit au début de la kératite neuroparalytique, où la paralysie des nerfs de la cinquième paire doit être précédée, comme dans l'affection qui nous occupe, de phénomènes d'excitation (2).

(1) Phénomènes communs à plusieurs substances — entre autres à la cocaïne — et d'accord avec la physiologie. « N'est-ce pas une loi physiologique que les substances médicamenteuses ou toxiques qui ont pour action dominante ou définitive d'abaisser le taux d'une fonction ou d'anéantir momentanément cette fonction, commencent par l'exciter et même l'exalter. » — *Société de Biologie*, 22 novembre et 13 décembre 1886 et *Tribune médicale*, p. 567 : *Etude expérimentale de l'action physiologique de la cocaïne et de ses sels*, par J. V. Laborde.

(2) Nous avons pu, en effet, sur un œil de lapin, reproduire l'iritis seule en injectant une solution alcaline de podophyllin dans la chambre antérieure. Nous devons dire cependant que dès le deuxième jour, sans qu'il y eût aucun symptôme de kératite, la cornée était presque insensible, ses filets nerveux sensitifs avaient dû être atteint avant leurs terminaisons dans la couche de Bowman.

Nous ne croyons pas devoir rechercher d'autres causes que l'excitation du trijumeau au myosis immédiat produit par l'action du podophyllin, et ce qui vient nous confirmer dans cette idée, c'est que chez tous les animaux expérimentés par nous, lorsque, à cause de la bénignité de l'affection, l'iritis a fait défaut, nous avons vu la durée du myosis limitée à peu près à celle des phénomènes d'excitation du trijumeau ; l'ouverture pupillaire est devenue normale.

Jusqu'ici l'iris n'a donc réagi que par contre-coup. Voyons maintenant quelle est l'action directe du podophyllin sur cette membrane et comment elle se produit.

On a vu que le podophyllin est légèrement soluble dans les solutions alcalines ; il se dissout donc dans les larmes, passe à la faveur de cette solution dans la chambre antérieure et vient en contact avec l'iris déjà contracté qui alors se gonfle et s'hyperémie. Si la solution podophyllique a été faible, et cela dépend de l'alcalinité et de l'abondance du liquide, les symptômes se bornent à cette congestion de l'iris. Mais si, au contraire, elle a été plus concentrée, il survient une irritation telle que les phénomènes d'exsudation ne tardent pas à se montrer.

L'iris se conduit alors comme un véritable organe de sécrétion, et le podophyllin paraît avoir sur lui une action analogue à celle qu'il a sur les glandes intestinales.

Il nous reste quelques explications à donner.

On remarquera peut-être en lisant nos observations expérimentales et celles de nos malades, qu'il y a entre elles quelques légères différences qui portent sur les lésions cornéennes plus marquées dans les premières, sur les lésions iritiques plus graves dans les secondes.

D'où viennent ces anomalies ?

Cela tient, à notre avis, à la sécrétion lacrymale normale, très abondante chez l'homme, très inférieure chez des animaux tels que le chien et le lapin. Le podophyllin trouvant chez l'homme une quantité relativement grande de liquide dans lequel il se dissout, produit une action moins localisée il est vrai et par conséquent plus légère sur la cornée, mais aussi plus étendue. C'est ainsi qu'il arrive jusqu'à l'iris en pénétrant dans la chambre antérieure.

La dissolution se faisant moins facilement chez l'animal, on conçoit que le processus se concentre sur la cornée dont le contact avec le podophyllin est plus prolongé, et que par contre l'iris ne soit que très légèrement atteint en raison du peu de liquide irritant qui a pénétré jusqu'à lui.

Nous avons souvent parlé, en faisant cette étude physiologique, de la paralysie du trijumeau. Nous avons presque fait de notre kératite podophyllique une variété de kératite neuro-paralytique. Comment concilier alors ces douleurs violentes rapportées par nos malades avec l'affection que nous étudions, puisque la kératite neuro-paralytique évolue sans douleur. Comment expliquer cette contradiction dans les symptômes?

Notre explication sera bien simple. Elle répondra à notre façon de concevoir et l'action complexe du podophyllin et le processus qu'elle détermine. Cela vient tout simplement de ce que l'iritis qui nous occupe est ici une affection indépendante (1), qui, quoique produite par le même agent que l'altération cornéenne, évolue en dehors d'elle. Et alors, de même que l'irritation des conjonctives se manifeste par des picotements et des

(1) Nous avons pu, en effet, sur un œil de lapin, reproduire l'iritis seule en injectant une solution alcaline de podophyllin dans la chambre antérieure. Nous devons dire cependant que dès le deuxième jour, sans qu'il y eût aucun symptôme de kératite, la cornée était presque insensible, ses filets nerveux sensitifs avaient dû être atteint avant leurs terminaisons dans la couche de Bowman.

sensations de gravier, de même, et cela se conçoit aisément, nos malades éprouvent des douleurs plus violentes, dès que le podophyllin pénètre dans la chambre antérieure, dès que l'iritis se déclare. C'est là, croyons-nous, la véritable interprétation qu'il faut donner à ces douleurs (1).

V

§ I. — La *prophylaxie* de l'affection causée par le podophyllin, comme celle d'ailleurs de tous les empoisonnements industriels, est double, car il convient de distinguer les précautions que doit prendre l'ouvrier lui-même et celles qui incombent au patron.

Précautions qui incombent à l'ouvrier. — Il est certain que parfois l'ouvrier ne peut rien par lui-même contre les poussières avec lesquelles il se trouve en contact, mais il est l'auteur de son propre malheur quand il élude les précautions hygiéniques prises en vue de le mettre à l'abri de ces poussières dangereuses. Il ne doit donc négliger aucune des recommandations qui lui sont faites.

Contre l'action irritante du podophyllin sur l'œil il peut assez facilement se défendre par le port de lunettes appropriées et par des précautions hygiéniques à prendre vis-à-vis de ses mains surtout, qui seront lavées soigneusement à la sortie de l'atelier et avec lesquelles il pourra désormais impunément se frotter les yeux.

Ses vêtements seront d'un nettoyage facile et il pourra les laisser dans un vestiaire de l'usine.

Précautions qui incombent au patron. — Un grand danger pouvant résulter de l'inexpérience et de l'ignorance des ouvriers, le patron devra leur indiquer les propriétés irritantes du produit dont il leur confie la manipulation et leur fournir en même temps les moyens de mettre leurs yeux à l'abri de cette action ; enfin il devra mettre à leur disposition des lavabos et des armoires propres à serrer leurs habits de travail.

Quant à la machinerie industrielle, nous ne dirons rien de la pulvérisation de la racine de podophylle qui, comme nous l'avons déjà dit, se fait en appareils clos et qui est d'ailleurs régie par le décret du 10 mars 1894 concernant l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels (Application de l'article 3 de la loi du 12 juin 1893) (2). Mais, ce que nous ne saurions trop blâmer, c'est l'emploi du procédé dit du *montage* pour la fabrication des pilules de podophyllin. Nous en avons déjà fait remarquer les inconvénients au début de notre travail, nous ajouterons ici qu'il ne peut

(1) Nous croyons interessant de rappeler ici un passage d'une communication faite le 15 avril 1885 par le Dr J. V. Laborde à la *Société de Biologie* sur les prétendus succédanés de la cocaïne et qui semble dénoter une certaine analogie entre l'action de ceux-ci et celle du podophyllin. « ... L'une des conditions essentielles de la production de l'anesthésie localisée à l'œil à l'aide d'un des alcaloïdes végétaux qui possèdent la propriété d'agir localement sur les expansions nerveuses sensitives avec lesquelles ils sont mis en contact... est que ces substances ne soient pas douées d'une action irritante capable de provoquer immédiatement l'injection, la congestion et conséquemment l'inflammation des tissus avec lesquels ils sont mis en contact, d'où résultent l'hyperesthésie et la douleur qui sont la suite nécessaire de cet état pathologique. »

(2) « La pulvérisation des matières irritantes, toxiques, ou autres opérations telles que le tamisage, etc., de ces matières se feront mécaniquement en appareils clos. » Décret du 10 mars 1894.

Nous ne croyons pas devoir rechercher d'autres causes que l'excitation du trijumeau au myosis immédiat produit par l'action du podophyllin, et ce qui vient nous confirmer dans cette idée, c'est que chez tous les animaux expérimentés par nous, lorsque, à cause de la bénignité de l'affection, l'iritis a fait défaut, nous avons vu la durée du myosis limitée à peu près à celle des phénomènes d'excitation du trijumeau ; l'ouverture pupillaire est devenue normale.

Jusqu'ici l'iris n'a donc réagi que par contre-coup. Voyons maintenant quelle est l'action directe du podophyllin sur cette membrane et comment elle se produit.

On a vu que le podophyllin est légèrement soluble dans les solutions alcalines ; il se dissout donc dans les larmes, passe à la faveur de cette solution dans la chambre antérieure et vient en contact avec l'iris déjà contracté qui alors se gonfle et s'hyperémie. Si la solution podophyllique a été faible, et cela dépend de l'alcalinité et de l'abondance du liquide, les symptômes se bornent à cette congestion de l'iris. Mais si, au contraire, elle a été plus concentrée, il survient une irritation telle que les phénomènes d'exsudation ne tardent pas à se montrer.

L'iris se conduit alors comme un véritable organe de sécrétion, et le podophyllin paraît avoir sur lui une action analogue à celle qu'il a sur les glandes intestinales.

Il nous reste quelques explications à donner.

On remarquera peut-être en lisant nos observations expérimentales et celles de nos malades, qu'il y a entre elles quelques légères différences qui portent sur les lésions cornéennes plus marquées dans les premières, sur les lésions iritiques plus graves dans les secondes.

D'où viennent ces anomalies ?

Cela tient, à notre avis, à la sécrétion lacrymale normale, très abondante chez l'homme, très inférieure chez des animaux tels que le chien et le lapin. Le podophyllin trouvant chez l'homme une quantité relativement grande de liquide dans lequel il se dissout, produit une action moins localisée il est vrai et par conséquent plus légère sur la cornée, mais aussi plus étendue. C'est ainsi qu'il arrive jusqu'à l'iris en pénétrant dans la chambre antérieure.

La dissoluion se faisant moins facilement chez l'animal, on conçoit que le processus se concentre sur la cornée dont le contact avec le podophyllin est plus prolongé, et que par contre l'iris ne soit que très légèrement atteint en raison du peu de liquide irritant qui a pénétré jusqu'à lui.

Nous avons souvent parlé, en faisant cette étude physiologique, de la paralysie du trijumeau. Nous avons presque fait de notre kératite podophyllique une variété de kératite neuro-paralytique. Comment concilier alors ces douleurs violentes rapportées par nos malades avec l'affection que nous étudions, puisque la kératite neuro-paralytique évolue sans douleur. Comment expliquer cette contradiction dans les symptômes?

Notre explication sera bien simple. Elle répondra à notre façon de concevoir et l'action complexe du podophyllin et le processus qu'elle détermine. Cela vient tout simplement de ce que l'iritis qui nous occupe est ici une affection indépendante (1), qui, quoi que produite par le même agent que l'altération cornéenne, évolue en dehors d'elle. Et alors, de même que l'irritation des conjonctives se manifeste par des picotements et des

(1) Nous avons pu, en effet, sur un œil de lapin, reproduire l'iritis seule en injectant une solution alcaline de podophyllin dans la chambre antérieure. Nous devons dire cependant que dès le deuxième jour, sans qu'il y eût aucun symptôme de kératite, la cornée était presque insensible, ses filets nerveux sensitifs avaient dû être atteint avant leurs terminaisons dans la couche de Bowman.

sensations de gravier, de même, et cela se conçoit aisément, nos malades éprouvent des douleurs plus violentes, dès que le podophyllin pénètre dans la chambre antérieure, dès que l'iritis se déclare. C'est là, croyons-nous, la véritable interprétation qu'il faut donner à ces douleurs (1).

V

§ I. — La *prophylaxie* de l'affection causée par le podophyllin, comme celle d'ailleurs de tous les empoisonnements industriels, est double, car il convient de distinguer les précautions que doit prendre l'ouvrier lui-même et celles qui incombent au patron.

Précautions qui incombent à l'ouvrier. — Il est certain que parfois l'ouvrier ne peut rien par lui-même contre les poussières avec lesquelles il se trouve en contact, mais il est l'auteur de son propre malheur quand il élude les précautions hygiéniques prises en vue de le mettre à l'abri de ces poussières dangereuses. Il ne doit donc négliger aucune des recommandations qui lui sont faites.

Contre l'action irritante du podophyllin sur l'œil il peut assez facilement se défendre par le port de lunettes appropriées et par des précautions hygiéniques à prendre vis-à-vis de ses mains surtout, qui seront lavées soigneusement à la sortie de l'atelier et avec lesquelles il pourra désormais impunément se frotter les yeux.

Ses vêtements seront d'un nettoyage facile et il pourra les laisser dans un vestiaire de l'usine.

Précautions qui incombent au patron. — Un grand danger pouvant résulter de l'inexpérience et de l'ignorance des ouvriers, le patron devra leur indiquer les propriétés irritantes du produit dont il leur confie la manipulation et leur fournir en même temps les moyens de mettre leurs yeux à l'abri de cette action; enfin il devra mettre à leur disposition des lavabos et des armoires propres à serrer leurs habits de travail.

Quant à la machinerie industrielle, nous ne dirons rien de la pulvérisation de la racine de podophylle qui, comme nous l'avons déjà dit, se fait en appareils clos et qui est d'ailleurs régie par le décret du 10 mars 1894 concernant l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels (Application de l'article 3 de la loi du 12 juin 1893) (2). Mais, ce que nous ne saurions trop blâmer, c'est l'emploi du procédé dit du *montage* pour la fabrication des pilules de podophyllin. Nous en avons déjà fait remarquer les inconvénients au début de notre travail, nous ajouterons ici qu'il ne peut

(1) Nous croyons interessant de rappeler ici un passage d'une communication faite le 15 avril 1885 par le Dr J. V. Laborde à la *Société de Biologie* sur les prétendus succédanés de la cocaïne et qui semble dénoter une certaine analogie entre l'action de ceux-ci et celle du podophyllin. « ... L'une des conditions essentielles de la production de l'anesthésie localisée à l'œil à l'aide d'un des alcaloïdes végétaux qui possèdent la propriété d'agir localement sur les expansions nerveuses sensitives avec lesquelles ils sont mis en contact... est que ces substances ne soient pas douées d'une action irritante capable de provoquer immédiatement l'injection, la congestion et conséquemment l'inflammation des tissus avec lesquels ils sont mis en contact, d'où résultent l'hyperesthésie et la douleur qui sont la suite nécessaire de cet état pathologique. »

(2) « La pulvérisation des matières irritantes, toxiques, ou autres opérations telles que le tamisage, etc., de ces matières se feront mécaniquement en appareils clos. » Décret du 10 mars 1894.

donner qu'un produit imparfaitement dosé (1) et que ceci, joint aux dangers précédemment signalés, devrait suffire à le faire rejeter pour la fabrication de ces pilules.

A l'ouvrier comme au patron, nous venons de dire ce qu'il faudrait faire. Que dit la loi ! On vient de le voir, elle est presque muette sur ce point et alors il arrivera ceci : que de crainte de voir augmenter les exigences pécuniaires de son personnel, l'industriel peu consciencieux, heureusement rare, se gardera bien de le mettre au courant du danger qu'il y a à travailler telle ou telle substance ; il se servira d'un matériel démodé, peu en rapport en tout cas avec les progrès de l'industrie et de l'hygiène modernes et continuera par exemple à faire des pilules de podophyllin, comme l'on fait des granulés quelconques, par le procédé du montage qui donne un rendement plus fort. Que faire ? une réglementation s'impose, il serait à souhaiter que le Comité d'hygiène et de salubrité publiques s'en occupât. Il devrait rechercher quelles sont les drogues dont la manipulation est dangereuse — il n'en manque malheureusement pas — les grouper et alors élaborer un règlement qui les viserait toutes, qui serait affiché bien en évidence dans toutes les usines intéressées, dont chaque ouvrier recevrait individuellement un exemplaire et dont les inspecteurs du travail poursuivraient la rigoureuse application.

Nous n'approfondirons pas davantage ce côté social de la question, malgré l'ampleur de développement que semblait faire prévoir notre introduction à ce sujet. Il nous faudrait citer des textes de lois, les discuter et sortir ainsi du cadre restreint que nous nous sommes imposé. On voudra bien convenir que c'est plutôt là le travail du législateur et que notre tâche devait nécessairement se borner à lui signaler une lacune.

§ II. — Il nous reste à parler du *traitement*. Il sera absolument symptomatique.

Des lavages boriqués tièdes seront pratiqués sur les conjonctives pour empêcher toute action microbienne de s'exercer sur un tissu hyperémié et enflammé, et conséquemment en état de réceptivité.

Contre les altérations cornéennes et puisque nous avons affaire à une sorte de kératite neuro-paralytique, on luttera par les moyens usités en pareil cas : compresses chaudes, bandeau occlusif. S'il y avait ulcère de la cornée ou hypopyon il faudrait instituer le traitement convenable, pommade iodoformée, paracentèse de la chambre antérieure, etc.

Enfin contre l'iritis, l'anatomie pathologique nous ayant révélé un dépôt d'uvée sur la cristalloïde antérieure, il faut éviter qu'il ne se produise des synéchies et dans ce but instiller de l'atropine. S'il survenait des complications que le peu de cas observés jusqu'ici ne nous a pas permis de voir, on pourra s'inspirer des circonstances. Il est certain que si l'œil a une tendance glaucomateuse, les myotiques ; pilocarpine et ésérine devraient faire place à l'atropine, et s'ils ne suffisaient pas on ne devrait pas hésiter à employer les moyens chirurgicaux nécessaires tels que ponctions répétées de la chambre antérieure, sclérotomie ou iridectomie.

(1) «... Quelques industriels avaient songé à ce moyen (le montage) pour faire des pilules à base d'alcaloïde... de telles préparations doivent être rejetées car il est impossible que l'arrosage et l'imprégnation se fassent d'une façon mathématiquement égale pour chaque grain ; des analyses minutieuses faites par nous à ce sujet, nous ont montré que le pilulier seul peut être employé pour arriver à un dosage précis. » — Adrian, in journal *Les nouveaux remèdes*, du 24 juin 1901, p. 268.

Bien qu'il s'agisse ici d'alcaloïdes, on peut dire la même chose du podophyllin qui s'emploie à très petites doses.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux.

Traitement de l'érysipèle, par TREGUBOW (*Deutsche med. Wochenschrift*, 3 juillet 1902). — L'auteur préconise une médication populaire bulgare : elle consiste à exposer la surface malade à l'action d'une flamme, jusqu'à production d'une brûlure au premier degré.

L'auteur procède de la façon suivante : il fixe sur une pince de Péan un bourdonnet d'ouate imbibé d'alcool, l'allume et le maintient au-dessus d'un des points malades à 1 cm, de distance. Dès que le patient accuse de la douleur, on quitte le point traité et l'on continue de part en part jusqu'à ce que toute la surface envahie par le processus morbide soit traitée.

Les séances sont renouvelées deux à trois fois par jour. En général, il faut, paraît-il, deux jours pour obtenir la guérison.

E. VOGT.

Teinture d'iode dans l'érysipèle (*Gazette Médicale russe* n° 12, 1902). — Après avoir employé la teinture d'iode dans 42 cas d'érysipèle, TANFILIEFF s'est persuadé des avantages qu'elle présente sur d'autres moyens employés généralement et la préconise chaudement.

Voici comment il procède.

Si la région atteinte n'est pas étendue, il la badigeonne entièrement ainsi qu'une partie de la région saine.

Si au contraire la région atteinte est étendue, il se borne à en badigeonner la phériphérie et le pourtour, soit sur une largeur de 4 centimètres environ. Ses badigeonnages sont répétés 3 fois par jour au moins.

Dans la grande majorité des cas la teinture d'iode a exercé une action abortive incontestable.

Dans un certain nombre de cas plus graves la teinture d'iode a permis d'arrêter le processus érysipèlateux en l'espace de quelques jours.

Enfin dans deux cas particulièrement graves, la teinture d'iode a échoué, mais les autres moyens thérapeutiques ont également échoué.

J. ROUBLEFF.

Valeur thérapeutique du sérum antidiphtérique, par le Dr RAMON GOMEZ FERRER (*Madrid Medico*, 31 mai 1802). — Les conclusions formulées par l'auteur sont les suivantes : Le sérum antidiphtérique constitue le meilleur traitement de la diphtérie.

Il considère son emploi indispensable quand on soupçonne l'existence du bacille de Klebs-Lœffler, que l'infection soit pure ou associée.

Toutes les statistiques conviennent qu'il n'est pas téméraire de l'injecter au plus vite : quand on tarde trop, l'injection peut être inefficace.

Le sérum prévient la propagation de la diphtérie pharyngienne au larynx ; on évite avec lui le croup secondaire et la diphtérie laryngienne.

Avec le sérum et le tubage ou trachéotomie, la guérison est la règle.

Sans lui la guérison est exceptionnelle, à moins d'opérer tous les cas trop tôt.

Le sérum paraît être le meilleur traitement préventif des paralysies diphtériques et il est capable de les guérir fréquemment.

Tous les résultats susdits ne s'obtiennent pas facilement quand le sérum est appliqué tardivement ou à petites doses.

Les chefs des laboratoires où s'élabore le sérum doivent s'assurer de l'innocuité du produit qu'ils fournissent : les animaux qui fournissent le sérum sont en effet susceptibles de contracter la morve et le tétanos.

F. BÉRINI.

Le sublimé corrosif dans les affections charbonneuses, par le Dr VICTORIANO P. DE SAUDE (*Buletin oficial del Colegio de Medicos de Caceres*, n° 16, 1902). — L'auteur exerce dans une localité où le bétail est très fréquemment atteint de charbon : il affirme qu'avec son traitement la guérison des personnes infectées est la règle.

Voilà le procédé : La pustule diagnostiquée, l'auteur formule immédiatement une solution de 25 grammes de sublimé corrosif à 4 0/0 et avec un pinceau trempé dans cette solution, il laisse tomber quatre gouttes sur le centre de la pustule, attendant pour appliquer la seconde goutte que la première soit absorbée et évaporée, et ainsi de suite.

Ce traitement convient aux cas où la pustule se trouve dans la période d'infection locale, car si les symptômes généraux prédominent et s'il s'agit de manifestations multiples, d'œdème charbonneux, etc., la dose doit être doublée.

En tout cas, si au bout de douze ou vingt-quatre heures l'eschare ne s'est pas limitée et entourée d'un circuit clairement inflammatoire (et, à ce propos, il faut recommander aux malades de ne pas se gratter), on ne répètera pas l'appplication du topique. L'auteur recommande alors de ne *pas s'alarmer, quoique l'œdème fasse des progrès et que la fièvre augmente, et de ne pas céder au désir de faire une troisième application de sublimé, car la fièvre monterait par la faute du médecin : ces phénomènes inflammatoires sont une conséquence légitime de la réaction phagocytaire qui s'effectue.* Dans ces conditions, on peut être sûr que 48 à 60 heures après la dernière application de sublimé, la fièvre, l'œdème et les engorgements ganglionnaires commenceront à diminuer et que la guérison ne se fera pas attendre.

F. Berini.

Diagnostic et traitement de la trichinose, par le Dr Royo Vilanova (*La Clinica Moderna*, mai 1902). — Après un exposé très détaillé des symptômes accusés par les malades, l'auteur explique la thérapeutique suivie dans douze cas qu'il a eu occasion de traiter.

Les indications dérivent : de la présence de trichines dans l'appareil digestif : présence de vers dans le système musculaire : présence de toxines nématodiques dans le système nerveux périphérique.

Avec des vomitifs et purgatifs, on expulsera les trichines de l'appareil digestif. Avec des anti-helmintiques et des parasiticides puissants on arrivera à détruire les vers encapsulés. Le Kousso, la fougère mâle, la racine de grenadier, les pelletiérine, la santonine, etc., etc., sont des médicaments puissants, mais à condition toutefois que les trichines n'aient pas franchi la muqueuse gastro-intestinale. Une fois dans l'intérieur des tissus, aucun des médicaments utilisés jusqu'à présent ne peut inspirer confiance.

Le Dr Roys, sur les conseils d'un ami, a essayé l'application des rayons X dans l'idée d'obtenir dans l'intérieur des tissus un effet analogue à celui produit par la santonine dans l'intestin.

A cet effet, on fit cinq séances de 20 à 60 minutes de durée chacune, dans les régions où les douleurs étaient les plus intenses et en même temps sur les points où la présence de trichines pouvait provoquer des accidents (région intercostale, diaphragme, etc.).

A la suite de ce traitement, la fièvre, le pouls et la dyspnée diminuèrent, les douleurs augmentèrent après la première application radiothérapique, mais diminuèrent rapidement ensuite : le tympanisme s'améliora, la langue se nettoya, la quantité d'urine augmenta, la flaccidité musculaire diminua.

Nous ne possédons pas d'antitoxine trichinosique, mais il se pourrait que la sérothérapie pratiquée avec du sérum pris sur des convalescents de trichinose ou extrait du sang des porcs affectés de cette maladie, donnât un jour de bons résultats.

Actuellement, la médication antitoxique se bornera à l'usage des toniques et des diurétiques (lait et sérum de Chéron).

F. Berini.

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la faculté de Médecine.

Pathogénie et traitement de la toxémie par insuffisance de l'appareil urinaire, par le Dr Salustiano Martinez. (*La union de los medicas titulares de Espana*, mai 1902. — Les conclusions du travail du Dr Martinez sont les suivantes :

1° Ce processus n'est pas une entité morbide indépendante, mais un symptôme qui se présente dans le cours de nombre d'affections de l'appareil urinaire, principalement dans la néphrite chronique.

2° La meilleure dénomination est celle de toxémie par insuffisance de l'appareil urinaire, car elle comprend tous les cas qui peuvent la produire.

3° La pathogénie de l'urémie a été très discutée et cependant elle n'est pas tout à fait connue aujourd'hui.

4° Toutes les théories formulées avant celle de Bouchard se basent sur des faits bien observés, mais qui n'expliquent pas tous les cas.

5° La théorie de l'empoisonnement multiple de Bouchard explique le plus grand nombre de cas.

6° La théorie de Brown Sequard donne la clef de la plupart des cas restés obscurs si l'on adopte la théorie de Bouchard.

7° Les substances toxiques retenues par insuffisance de l'appareil urinaire contribuent à augmenter ou produisent l'insuffisance du rein par une action spéciale directe ou indirecte exercée sur lui.

8° La congestion du rein est un facteur très important dans la production de l'insuffisance.

9° Le traitement prophylactique a une importance exceptionnelle.

10° Dans les cas de maladies rénales aiguës on prendra les mesures hygiéniques qu'on recommande dans tous les états infectieux.

11° En cas de maladie rénale chronique, le régime alimentaire a une grande importance.

12° Si l'insuffisance rénale est arrivée à un degré très avancé on aura recours au régime lacté absolu; mais si elle n'est pas très avancée on permettra certains végétaux et des œufs, exceptionnellement avec de la viande et du poisson.

13° On pourra stimuler l'activité des émonctoires organiques sans irriter le filtre rénal.

14° L'urémie légère qui se présente dans le cours des maladies rénales aiguës sera traitée par les émissions sanguines locales pratiquées au niveau du triangle de Petit. On donnera en outre des toniques cardiaques et, en cas de lésion, des purgatifs.

15° L'urémie grave qui se présente dans les mêmes conditions sera traitée par la saignée et les toniques cardiaques, si on les croit nécessaires.

16° Le traitement sera dirigé de façon à combattre dans chaque cas le symptôme prédominant.

F. Berini.

Contribution au diagnostic et au traitement des affections rhumatismales, par R. Bloch (*Therap. Monatshefte*, juillet 1902).—Dans la première partie de son travail, seule parue jusqu'ici, l'auteur traite des *névralgies et myalgies rhumatismales* : il a pu reconnaître que la méthode par infiltration de Schleich, dont l'emploi resta jusqu'ici limité à la production de l'anesthésie locale en chirurgie, peut rendre de grands services dans le traitement des affections névralgiques localisées dans un territoire nerveux ou musculaire déterminé (lumbago, névralgie du trijumeau, intercostale, etc.).

L'auteur pratique les infiltrations *loco dolenti* ; l'œdème cutané met trois à quatre jours à disparaître : il faut avertir les malades de ce fait, surtout quand il s'agit de combattre des névralgies faciales. Dans la plupart des cas, et tout spécialement quand l'influence de la réfrigération peut être évoquée comme cause de l'affection, les résultats sont tout à fait remarquables au point de vue de la rapidité de la guérison. Cette méthode trouve surtout son application dans le traitement des malades appartenant à la classe ouvrière et loin des grands centres : dans ces conditions, en effet, la médication par les agents physiques dont nous disposons actuellement offre de nombreuses difficultés d'application.

E. Vogt.

Comment doit-on appliquer le traitement électrique dans la maladie de Basedow, par M. Mally (*Arch. d'électr. médicale*, 15 juillet 1902). — Les malades atteints de goitre exophtalmique présentent, au point de vue de la nutrition générale, deux états diamétralement opposés, et ces deux modes de la nutrition peuvent se rencontrer chez le même sujet successivement, à différentes périodes de la maladie. D'une part, le ralentissement de la nutrition caractérisé par la diminution des excreta, qui se rencontre chez les hystériques, les neurasthéniques et les diabétiques. D'autre part, des malades, et c'est le plus grand nombre, qui offrent des signes de dénutrition rapide.

Les premiers se trouvent bien de l'électricité statique, mais tout fait prévoir l'échec de l'électricité statique, chez les seconds, car elle exagère le tremblement, l'agitation, la tachycardie, enfin active les processus de dénutrition.

Reste à examiner la partie symptomatique du traitement, de la maladie de Basedow.

L'électricité faradique, appliquée d'après un mode spécial dont la description nous entraînerait trop loin, possède une action immédiatement appréciable sur les troubles circulatoires observés sur les carotides : le calibre des vaisseaux diminue, les battements deviennent moins tumultueux, et la circulation cérébrale est ainsi régularisée au moins momentanément. D'un autre côté, on est en droit de penser que l'action de l'électricité ne s'est pas localisée à la région voisine de l'électrode active. La résistance du liquide sanguin étant plus faible que celle des tissus environnants, la masse encéphalique a pu être influencée par le courant électrique, les parois artérielles ont été influencées par le courant électrique, et les parois artérielles ont été tonifiées. En tout cas, le résultat de cette intervention ne se borne pas

aux effets objectifs, car le malade éprouve un sentiment de calme et de bien-être qu'il accuse immédiatement et qui persiste pendant un temps variable suivant les cas. Au bout de plusieurs séances, le tremblement diminue, les vertiges, les faiblesses des jambes s'espacent et tendent à disparaître.

Contre la tachycardie, on peut pratiquer avec avantage la faradisation de la région précordiale, provoquant une systole plus large et mieux marquée, avec tendance à reprendre le rythme ordinaire. La tachycardie diminue, au moins passagèrement, à la suite de la faradisation précordiale pratiquée pendant trois à quatre minutes.

Pour combattre l'exophtalmie, on pourra pratiquer la faradisation des globes oculaires par l'intermédiaire des paupières, toujours avec le pôle négatif comme électrode active; enfin, la parésie de l'orbiculaire, du sourcilier, pourra être combattue par la faradisation localisée de ces muscles. Le résultat immédiat est presque toujours appréciable: il se produit une rétraction du globe oculaire et les paupières exécutent plus correctement l'occlusion complète des yeux.

Enfin, le même procédé sera encore employé pour faire subir à la glande thyroïde un certain degré de diminution de volume. Selon le degré d'hypertrophie, on se bornera à électriser la glande seule. Si les muscles hyoïdiens sont soulevés et distendus par la tumeur, on obtiendra un résultat favorable en faradisant les sterno-hyoïdiens et sterno-tyroïdiens. L'électrisation de la glande a toujours pour résultat d'améliorer les symptômes cardinaux de la maladie et de ne jamais rencontrer d'intolérance.

La durée du traitement est des plus variables : l'auteur a vu des malades guérir en l'espace d'un mois sous l'influence du seul traitement électrique. La plupart du temps il faudra beaucoup plus de temps pour atteindre un résultat durable. Enfin beaucoup de malades présentent des périodes de rémission et d'exacerbation. Il faut alors savoir n'intervenir avec l'électrode qu'au moment des accès, laissant au traitement général le soin d'atténuer la maladie en modifiant peu à peu le terrain sur lequel elle évolue.

Le traitement électrique symptomatique permet la diète médicamenteuse absolue et dispense d'avoir recours aux pratiques hydrothérapiques, qui sont mal supportées par les malades, tandis que, au contraire, l'hygiène alimentaire conserve toute son importance et forme la partie peut-être la plus importante du traitement considéré dans son ensemble.

La galvanisation est par rapport à la faradisation, d'un emploi beaucoup plus délicat à cause des troubles vaso-moteurs périphériques. La résistance électrique étant très faible, la peau présente une fâcheuse tendance à l'escarification, et peu de malades échappent à cette complication désagréable, quelles que soient les précautions que l'on prenne, étant donné le grand nombre d'applications que l'on est appelé à exécuter.

Il est facile en outre de se rendre compte que ce procédé ne permet pas d'obtenir ni la réduction de calibre des carotides ni la rétraction de la tumeur thyroïdienne et des globes oculaires ; son rôle se bornerait à agir sur la sécrétion interne de la glande.

E. Vogt.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux.

Réposition sanglante de la tête fémorale (*Revue de Chirurgie*, 10 juillet 1902), par M. G. Gayet. — Cette étude, qui vise la réduction opératoire aussi bien des luxations traumatiques que des luxations pathologiques, comprend plusieurs chapitres assez développés.

L'auteur s'est proposé d'attirer l'attention sur une opération dont le résultat idéal est supérieur à ceux des opérations préférées à l'heure actuelle en France, telles que le *traitement orthopédique* d'Ollier, qui laisse du raccourcissement, et les *résections* de type divers, qui accentuent l'infirmité. En Allemagne, la reposition sanglante est très en honneur, en raison de résultats qui ont été obtenus. On ajoute souvent à la réduction à ciel ouvert un modelage de la tête fémorale qui ne mérite pas le nom de résection.

Technique opératoire. — L'*incision* sera l'une quelconque de celles employées pour la résection, pourvu que l'on ait un large accès sur la cavité cotyloïde. M. Gayet en conseille deux de préférence :

Celle de Langenbeck, *postéro-externe* : c'est l'incision classique verticale sur le trochanter, se coudant en haut selon les fibres du grand fessier.

Celle de Kocher, en crochet, à concavité postérieure, commençant en bas sur le bord postérieur du trochanter. Cette incision possède l'avantage de bien découvrir les parties profondes dans les cas difficiles et de favoriser l'écartement spontané des bords.

Rugination du grand trochanter; libération de la tête et du col. — On a à lutter contre trois sortes d'obstacle dans les réductions anciennes: des interpositions ou adhérences fibreuses; des déformations osseuses, des rétractions musculaires. On doit commencer par désinsérer temporairement les muscles pelvi-trochantériens pour les rejeter en dehors. On y parvient en attaquant le trochanter à la rugine. Le muscle moyen fessier sera ménagé; mais comme il est très rétracté habituellement, il faudra l'allonger par une incision en escalier que l'on suturera à la fin de l'opération, car ce muscle est indispensable à l'abduction active du membre. On aura à sectionner toutes les brides qui gênent la mobilisation. Le muscle obturateur interne peut être sectionné sans dommage. Pour amorcer la libération, il faut fendre au bistouri la capsule du haut en bas suivant l'axe du col.

On s'occupera alors d'élargir les ostéophytes qui saillent toujours sur la tête humérale, que l'on modèlera à la gouge et au maillet, ou, si cela suffit, au couteau ostéotome. Ménager le cartilage de la néarthrose.

Réfection de la cavité cotyloïde. — Ce temps est un des plus importants à exécuter, car si, usant de la possibilité que donne la libération de la tête, on essayait de réduire *sans avoir déblayé le cotyle*, la récidive suivrait à courte échéance.

Reposition de la tête luxée. — Cette manœuvre est rendue parfois très difficile par la *rétraction musculaire*. Ce sont les muscles adducteurs, qui empêchent d'exécuter l'abduction indispensable à la rentrée de la tête. On doit en faire l'ostéotomie sous-cutanée. Dès lors, la reposition devient facile. Les tractions qu'il faut exercer pour y arriver sont facilitées par le traitement préparatoire que l'on doit faire subir au malade, dans les jours qui précèdent. Ce traitement consiste à commencer la mobilisation de la tête par des tractions forcées diurnes ou nocturnes sur le fémur, en ayant soin de prendre un *point d'appui sur les condyles fémoraux* et non sur le genou. On trouve dès lors qu'il est assez facile d'abaisser la tête en faisant tirer par des aides, pendant qu'on fait la contre-extension. La vis de Lorenz peut également rendre des services. La réduction silencieuse, *comme dans du beurre* (Kirmisson) annoncerait la persistance de tissus pathologiques dans la cavité cotyloïde.

Restauration de la capsule et des parties molles. — *Drainage.* — Malgré l'opinion de certains opérateurs, qui craignent l'hématome, il vaut mieux suturer la capsule, les muscles et le périoste trochanterien par plans séparés. Le catgut est indiqué, dans cette région, où l'élimination des fils de soie donne des suppurations interminables. Il est prudent de drainer avec un tube en caoutchouc reposant sur la capsule articulaire. Un pansement compressif termine l'intervention.

Le *traitement consécutif* a pour but de maintenir le membre en bonne position. L'immobilisation plâtrée en *abduction et rotation externe* légère, avec adjonction de tractions électriques est le meilleur moyen de prévenir le retour à l'attitude vicieuse qu'imprimerait au membre l'action persistante de la rétracton musculaire. Mobilisation vers le 25e jour, et plus tard emploi des bains et de l'électrisation.

A. Benoit.

Le traitement des fractures du col du fémur et de la rotule par la mobilisation précoce, par L. Isnardi (*Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino*, 1902). — Jusqu'à ces derniers temps on envisageait seulement, dans le traitement des fractures, la lésion osseuse; on se limitait à la réduction des fragments et à leur immobilisation à l'aide de bandages pendant deux à trois mois. Cette pratique était souvent la cause de rigidités articulaires, d'atrophies musculaires, d'œdèmes rebelles. On a porté remède a tous ces inconvénients avec la nouvelle méthode de traitement par le massage et la mobilisation précoce : on supprime les bandages aussitôt que possible, si l'on ne peut pas s'en passer.

Cette méthode est conforme aux connaissances anatomo pathologiques modernes, concernant la formation du cal, et elle constitue le véritable traitement rationnel et complet de la lésion traumatique parce qu'elle remet l'os dans ses conditions premières, tout en ayant égard aux autres altérations des tissus et des articulations qui accompagnent toujours les fractures.

Depuis cinq ans, l'auteur a traité par cette méthode environ 200 fractures avec des résultats très satisfaisants.

Dans les fractures diaphysaires, l'immobilisation prolongée peut donner aussi de bons succès, mais elle est insuffisante dans les fractures épiphysaires ou articulaires. On sait que, autrefois, par exemple, le pronostic des fractures du col du fémur, chez les vieillards, était très souvent grave : le malade, obligé de garder le lit pendant trois à quatre mois, exposé aux pneumonies hypostatiques, au décubitus, au marasme, conservait presque toujours en cas de guérison un membre rigide et atrophié.

Dans huit cas de cette fracture, soignés par l'auteur, les malades ont gardé le lit pendant 15 jours, puis on les fit marcher avec l'aide

d'une sorte de voiturette pour enfants leur permettant de se déplacer librement. Après 40-50 jours les malades marchèrent à l'aide de béquilles. Le troisième mois les fonctions du membre étaient complètement rétablies. Pour le traitement de la fracture de la rotule, l'auteur est partisan de la méthode de Tilanus d'Amsterdam et n'accepte pas les interventions sanglantes, qu'il considère comme dangereuses et souvent inefficaces. Dans 12 cas personnels, l'auteur, au bout de la deuxième semaine, faisait lever ses malades et les faisait marcher, avec une grande prudence, d'abord avec l'aide de la voiturette, puis avec des béquilles.

A. L. Percival.

La fracture secondaire de la rotule, par R. Alessandri (*Il Policlinico Sec. chirurgica*, nos 1-2, 1902). — Les fractures secondaires de la rotule sont assez fréquentes puisqu'elles représentent, d'après certaines statistiques, 21 0/0 des cas. Leur mécanisme de production tient le plus souvent à ce qu'il ne se forme pas un véritable cal osseux, mais une simple réunion ligamenteuse. Bien que la fracture secondaire puisse parfois se faire dans les deux fragments, inférieur et supérieur, de la fracture initiale, dans la plupart des cas elle se fait dans le cal fibreux. Les méthodes de traitement appliquées à la fracture primitive ne paraissent pas influencer cet accident, qui peut arriver même plusieurs années après.

L'auteur est partisan du traitement non sanglant dans le cas de fractures primitives, mais il le rejette absolument pour les cas de fracture secondaire. Dans ces cas le revêtement fibreux de la face antérieure de la rotule s'insinue en effet entre les deux fragments, et il se forme presque toujours une hémarthrose considérable : il n'y a en outre pas de surfaces cruentées, aussi ne saurait-on espérer ni formation d'un cal osseux, ni formation d'un cal fibreux court et résistant.

Dans tous les cas où l'intervention sera nécessaire, on aura toujours recours à l'ouverture complète de l'articulation ; il faut abandonner toutes les méthodes sous-cutanées. Pour l'incision de la peau, l'auteur préfère la section longitudinale, médiane, qui permet de bien découvrir le champ opératoire. Les parties molles écartées, il faut nettoyer l'articulation, enlever les caillots sanguins, les fragments de tissu fibreux, puis on avive les fragments et on assurera leur coaptation par une des méthodes ordinaires : suture des parties latérales fibreuses ; suture osseuse ; cerclage, etc.

La méthode que préfère l'auteur consiste dans la formation d'un lambeau aux dépens du tendon du quadriceps. Ce lambeau, de forme carrée, aussi large que possible, est rabattu en bas, puis suturé aux fragments du tendon rotulien, en bas, et à la capsule articulaire sur les côtés. En disséquant le lambeau, on doit respecter autant que possible le fascia lata pour ne pas entraver la nutrition des tissus et en diminuer la résistance. Le tendon peut être incisé profondément, presque dans toute son épaisseur, sans aucune crainte : on peut même comprendre dans la suture des faisceaux musculaires. L'auteur a fait cette opération sur deux malades dont l'un se porte très bien depuis six ans, l'autre depuis quelques mois.

A. L. Percival.

Désarticulation interscapulo thoracique, par M. Lardennois (*Union médicale du N.-Est*, 30 juin 1902). — Cette redoutable mutilation, qui donne de si piètres résultats chez l'homme, peut cependant trouver une indication utile. Ce cas en est une preuve. Enfant de 10 ans, porteur d'un ostéosarcome de l'épaule à marche rapide. La ligature préventive de l'artère et de la veine sous-clavière permit d'éviter toute hémorragie sérieuse. Lambeaux suivant le manuel opératoire de P. Berger (1). Guérison sans incident se maintenant depuis dix mois.

A. Benoit.

Traitement du Spina bifida (*Société de chirurgie*, 30 juillet 1902). — M. Paul Delbet a pu faire la cure radicale d'un spina-bifida lombaire qui menaçait de se rompre, sans qu'il se soit produit de l'hydrocéphalie secondaire. Il se servit de l'autoplastie cutanée par glissement. La guérison s'est maintenu depuis quinze mois. M. Kirmisson pense qu'il sagissait d'une simple méningocèle, auquel cas la guérison est la règle. Il regrette que l'on n'ait pas fait faire d'examen histologique.

A. Benoit.

De la cholécystectomie dans la lithiase biliaire, par H. Milhiet (de Bourges) (*in Gazette des Hôp.*, 28 juin 1902). — Le *cholécystostomie*, on le sait, tend de jour en jour à céder le pas à une opération plus radicale et plus logique, la *cholecystectomie*. La première de ces interventions, appliquée aux accidents de lithiase biliaire, pourrait certainement suffire à bien des cas d'urgence ; elle pourrait même être la seule chose à faire lorsque les voies biliaires sont comprimées par des tumeurs, obstruées par des calculs impossibles à extraire, etc. Mais il y a à lui reprocher la persistance des fistules, le dan-

(1) Amputation dans la contiguité du tronc. Masson, 1887.

ger d'infection des voies biliaires profondes, la formation de tiraillements assez douloureux pour simuler la colique hépatique, et enfin, ce fait qu'elle laisse subsister un organe aux parois altérés, puisque on enlève les pierres et qu'on laisse la carrière (Langenbuch). Mais la *cholécystectomie*, proposée pour la remplacer dans presque tous les cas, expose, dit-on, à l'hémorragie et à la péritonite. L'auteur s'est proposé de décrire la meilleure technique à suivre pour écarter ces graves complications.

Indications de la cholécystectomie : On est amené à extirper la vésicule biliaire : 1° *Dans la lithiase de la vésicule et du cystique*. Dans ce chapitre très développé, l'auteur expose les divers genres de colique hépatique, variant depuis la simple pesanteur dans l'hypocondre droit, jusqu'aux grands accès subintrants, qui peuvent, par leur répétition, rendre intolérable l'existence des malades et les amener à réclamer une opération. La cholécystectomie appliquée à ces cas, opère de véritables résurrections. « Je ne connais pas, dit M. Michaux, d'opérés plus reconnaissants que les opérés d'extirpation de vésicule biliaire ». Dans beaucoup de ces cas, l'*ictère* fait pourtant défaut; après l'extirpation, les fonctions digestives, autrefois si altérées, reprennent si rapidement que les opérés engraissent à vue d'œil. Le diagnostic est plus facile à poser lorsqu'il y a coexistence de tumeur, laquelle est à droite sous le foie et souvent aussi sous le muscle droit, près de la ligne médiane. Il ne faut s'attendre à retrouver la forme dite piriforme, que lorsque la vésicule est distendue par du liquide. La grosseur varie depuis celle de la noix jusqu'à celle de la tête du fœtus. Les antécédents lithiasiques indiqueront l'ancienneté des lésions et, après *laparatomie exploratrice*, on jugera le plus souvent qu'il faut extirper une vésicule inutile, puisqu'elle ne se contracte plus, dangereuse, puisqu'elle peut se rompre, exclue des voies biliaires par oblitération fréquente du cystique. C'est là la véritable indication de la cholécystectomie, car le traitement médical serait désormais impuissant même à améliorer cet état de choses.

2° *Dans la lithiase du cholédoque*. — Celle-ci est une lithiase secondaire. Les caillots proviennent de la vésicule par voie de migration. On peut souvent refouler les calculs dans la vésicule, préalablement ouverte, sans avoir besoin d'ouvrir le cholédoque. On extirpe ensuite la vésicule avec les calculs qu'elle peut contenir. C'est la meilleure pratique, car la cholédocotomie, parfois nécessaire, et que l'on peut faire en prolongeant l'incision sur les voies biliaires, aggrave sensiblement les risques de l'opération;

3° *Dans les fistules cutanées*, spontanées ou consécutives à la cholécystostomie. On doit, avant de rien tenter, examiner s'il s'agit de *fistules biliaires*, indice d'une obstruction des conduits, ou de fistules purulentes, indice d'une altération des parois. Dans ce dernier cas, la cholécystectomie doit être préférée sans discussion; dans l'autre, il est clair qu'après s'être assuré, avec un fosset qui ferme la fistule, que l'obstruction siège au cholédoque, il faudra le désobstruer tout d'abord. On y parviendra, soit par les voies naturelles, soit par la cholédocotomie. La vésicule sera ensuite extirpée, ce qui amènera la guérison de la fistule.

Contre-indications. — Il est des cas où la cholécystectomie est formellement contre-indiquée; ce sont : l'*infection des voies biliaires*, l'*occlusion du canal cholédoque*, les *adhérences périvésiculaires trop étendues*.

Dans l'infection des voies biliaires, c'est à la *cholécystostomie* qu'il faut s'adresser, car elle permet le drainage, le cathétérisme et réserve l'avenir (Lejars).

Comme contre-indication générale, il convient aussi de citer les altérations grasses du foie et des reins, la cachexie, etc.

Technique opératoire : pas d'instrumentation spéciale. On s'outille comme pour une laparotomie. Un chloroformisateur et un seul aide suffisent. Pour l'ouverture de l'abdomen, il n'y a pas d'incision dechoix. Il y a avantage à ouvrir par une incision verticale latérale donnant sur la vésicule, parce que c'est un point de repère précieux et que l'ablation sera plus facile que par l'incision médiane. Celle-ci est défendue cependant par beaucoup de chirurgiens comme donnant un accès plus direct sur le cholédoque. La *libération de la vésicule biliaire* est un temps parfois difficile, car, à côté des grosses tumeurs vésiculaires, on trouve des vésicules rétractées sur les calculs, épaisses et adhérentes de partout. Ces adhérences seront libérées avec les doigts; on doit éviter de se servir du bistouri autant que possible. L'épiploon forme des paquets adhérents : on les lie et on les sectionne; l'intestin sera libéré au dépens de la vésicule de préférence.

Pendant toutes ces manœuvres, la cavité péritonéale sera exclue soigneusement avec des compresses stérilisées. Une fois la vésicule dégagée par en bas, on glisse une compresse stérilisée au-dessous d'elle. On la sépare alors de la fossette hépatique, en amorçant le décollement avec les ciseaux, en épargnant le tissu du foie, prompt à saigner, ce qui obligerait à tamponner ou à suturer. On pousse cette libération jusqu'à l'origine du cystique; il est possible alors d'amener le vésicule au dehors pour

l'ouvrir, ainsi qu'il convient de le faire avant de l'enlever. On se servira des doigts, agissant intrus ou extra, de pinces, de curettes ou d'un courant d'eau bouillie sous pression pour faire sortir tous les calculs qui peuvent se trouver dans les voies biliaires. A ce moment, pendant qu'un aide soulève le foie, on tourne le dos à la figure de l'opéré (Kehr) et l'on explore de la main droite la face inférieure du foie et les voies biliaires profondes. Un excellent artifice consiste à tirer légèrement sur la vésicule et le canal cystique distendu. C'est le meilleur moyen, s'il n'y a pas d'adhérences à l'hiatus de Winslow, d'arriver jusque sur la partie rétro-duodénale du cholédoque. Le cathéterisme rencontre souvent des difficultés très grandes du fait de déviations pathologiques des voies biliaires. Tout calcul enchâtonné et qui n'est pas mobilisable sera enlevé par incision directe. Il ne faut jamais refouler les calculs vers le cholédoque, à cause de leur séjour possible dans l'ampoule. Lorsqu'on est amené à inciser les voies biliaires dans ce but, on agira avec le plus grand soin de ne pas blesser la *veine porte*, en arrière du cholédoque et tout près de lui et l'*artère hépatique* placée à sa gauche. On incise *de poche en poche*, avec prudence; Delagenière a poussé cette incision jusqu'au duodénum. Mais la gravité est certainement accrue d'autant.

Lorsqu'on s'est assuré de la perméabilité du cholédoque, on place une ligature au catgut sur le cystique et l'on sectionne au thermocautère. Le moignon est cautérisé légèrement. Lorsqu'on veut lier le canal cystique le plus haut possible, il faut avoir soin de ne pas sectionner l'*artère cystique* pendant sa libération, car il n'est pas toujours facile de pincer ce vaisseau, à cette profondeur. On agira donc prudemment en le pinçant séparément pour y jeter une ligature. On assèche le foyer opératoire et, suivant le conseil de l'Auteur, on draine avant de refermer le ventre. Ce conseil va sans doute contre la *cholécystectomie idéale* de certains chirurgiens, mais il parait plus prudent. On a à craindre, selon MM. Ricard et Routier, le relâchement de la ligature du canal cystique, qui serait suivi d'un écoulement de bile dans le péritoine, avec ses graves conséquences. L'Auteur met entre le foyer et la cavité péritonéale une mèche de gaze, allant jusqu'au dessous du moignon cystique, et sur laquelle repose un gros drain. Ce drainage est retiré le 3e jour, s'il n'y a pas d'écoulement de bile. Il faut savoir pourtant qu'un léger écoulement de bile est observé fréquemment et n'entrave pas la guérison. Les malades peuvent sortir du dix-huitième au vingtième jour. Les résultats, tant immédiats qu'éloignés sont des plus satisfaisants. A. Benoit.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Médecin des hôpitaux

Traitement de la dyspepsie hypersthénique aiguë paroxystique ou périodique par Albert Robin, (*Bull. gén. de thérapeutique* 8 juin 1902). — Cette affection est une véritable névrose stomacale, expression de la névrose générale, se manifestant par paroxysmes qui durent de 24 à 36 heures.

La *thérapeutique* de ces états ne consiste pas uniquement dans un traitement stomacal.

Elle s'adresse au système nerveux, dont elle doit calmer l'hyperexcitabilité, en supprimant toute cause d'excitation générale ou stomacale, même l'alimentation.

Le traitement comprendra donc deux parties : 1° celui de la crise ; 2° un traitement préventif.

Traitement de la crise. — On prescrira le *repos stomacal absolu* pour empêcher toute excitation, toute provocation alimentaire de la crise ; même l'eau introduite dans l'estomac excite la sécrétion chlorhydrique.

On nourrira le malade par des lavements alimentaires et par des lavements désaltérants, d'après les règles suivantes :

Toutes les six heures, il prendra un lavement désaltérant de 250 grammes d'eau bouillie à 36°, qu'il gardera. Ce lavement sera donné chaud ; car s'il était administré froid, il exciterait la sécrétion gastrique.

Une heure après, un second lavement, mais alimentaire, ainsi composé :

Œufs battus.....	n° 2
Peptones liquides..	2 cuill. à soupe
Solutions de glucose à 20 p. 100.	100 grammes
Chlorure de sodium.....	2 —
Pepsine à titre 100.	1 —
Laudanum, suivant la tolérance.....	II à IV gouttes

Ces lavements sont en général bien supportés. S'ils ne sont pas tolérés, on peut d'abord augmenter le laudanum, ou bien supprimer les peptones qui sont souvent mal préparées et peuvent irriter l'intesiin ; il y a quelquefois utilité à enlever aussi le chlorure de sodium.

Si la soif est trop vive, on ajoute une certaine quantité d'eau aux lavements désaltérants ; on les porte à 300 ou 400 grammes, ou bien on augmente leur nombre.

Enfin si cela ne suffit pas, on fera rincer la bouche avec de l'eau de Vichy et on permettra de sucer quelques petits morceaux de glace.

Le traitement sera continué, jusqu'à ce que le hoquet et les vomissements aient disparu et jusqu'à ce que l'on ne sente plus l'estomac contracté former une sorte de tumeur épigastrique. En général, cette période s'étend entre 5 et 9 jours.

Pour savoir si le traitement est bien supporté et peut être suivi sans inconvénient, il faudra examiner si le malade ne perd pas une trop grande quantité de poids, et si la tension sanguine n'a pas faibli.

Dès que la crise s'atténuera, le malade se sentira soulagé, aura faim et réclamera à manger A ce moment on supprime, le premier jour un lavement désaltérant, qu'on remplace par deux prises de 150 grammes de lait chaud. Pendant deux jours le malade reste au régime lacté absolu, et prendra toutes les 3 heures, de 7 heures du matin à 10 heures du soir, 400 grammes de lait chaud par petites gorgées, de façon à ce qu'il absorbe deux à trois litres de lait dans sa journée. Enfin on le mettra au régime de passage, avant de reprendre l'alimentation commune.

Traitement préventif. — C'est surtout un traitement moral, ces crises se rencontrant principalement chez les surmenés intellectuels.

Le repos intellectuel et physique, la cure d'altitude, en commençant par une station élevée de 800 à 1.200 mètres, pour monter ensuite à 1.700 mètres, en y joignant une alimentation régulière, ont donné à l'auteur les meilleurs résultats comme traitement préventif et curatif.

E. Vogt.

Corps étranger ayant séjourné dix ans dans l'estomac (*Soc. de chir.*, 30 juillet 1902). — M. Cerné (de Rouen) communique la très curieuse observation de tolérance stomacale que voici : la sujet avait avalé dix ans auparavant une cuiller à soda, laquelle était demeurée libre dans l'estomac, sans l'incommoder autrement. L'ablation fut faite au moyen d'une incision verticale à travers le grand droit, au niveau de l'extrémité externe du dixième cartilage costal. Au cours de l'opération, qui eut lieu sans incident, le chirurgien put constater qu'il n'y avait pas d'altération appréciable des parois,

A. Benoit.

Traitement du cancer de la partie thoracique de l'œsophage (*Gazette Médicale russe* n° 21, 1902). — Starkoff expose un certain nombre de considérations générales sur l'intervention chirurgicale dans le cancer de l'œsophage. Il fait tout d'abord observer que le procédé de *Nassiloff* peut être exécuté sans crainte de blesser des organes importants, bien que les modifications anatomo-pathologiques qui se produisent dans le cancer de l'œsophage soient excessivement défavorables à l'exécution de ce procédé, aussi bien au point de vue technique qu'au point de vue de l'extraction totale du néoplasme. D'un autre côté la toracotomie exploratrice ne doit être pratiquée que dans le cas où le chirurgien a des raisons de supposer qu'il se trouve en présence d'un cancer au début ; d'autant plus que les procédés d'exploration, aussi bien les anciens que les tout récents ne permettent pas de poser avec certitude le diagnostic à la période initiale de la maladie.

Il fait encore remarquer que dans le cancer de la partie inférieure de l'œsophage les ganglions de la petite courbure ainsi que la petite courbure elle-même sont souvent atteints en même temps que l'estomac subit des modifications anatomo-pathologiques graves aussi bien dans sa couche muqueuse que dans sa couche musculaire.

Il est incontestable que la gastrotomie peut prolonger pendant un certain temps la vie du malade. Mais la valeur de la gastrotomie a été de beaucoup exagérée.

Si à l'ouverture du ventre on constate que l'estomac est malade il faudra recourir à la jéjunostomie.

J. Roubleff.

Le lavement électrique par Zimmern, (*Presse Médicale*. n° 54, p. 642). — Les instruments nécessaires sont :

1° Un irrigateur ou un bock avec son tube de caoutchouc (contenance 2 à 3 litres);

2° Une bonne batterie galvanique capable de donner une intensité d'au moins 40 milliampères;

3° Deux fils conducteurs assez longs pour pouvoir facilement relier la batterie au malade;

4° Une ou deux plaques abdominales en cuivre ou en étain recouvertes de feutre et de peau de chamois ou plus simplement de plusieurs épaisseurs de coton hydrophile enveloppées d'une fine mousseline;

5° Une électrode rectale de Boudet de Paris. Celle-ci est constituée par un tube métallique creux, très légèrement flexible, long de 20 à 25 centimètres, recouvert extérieurement d'une gaîne isolante (caoutchouc durci ou ébonite) destinée à protéger la muqueuse intestinale contre toute action caustique.

Cette gaîne doit dépasser de un centimètre environ l'embouchure intra-rectale du tube mé-

allique, afin de ne se trouver en aucun point en contact ou même à proximité de la muqueuse. L'autre extrémité du tube est reliée à l'irrigateur par un tuyau de caoutchouc muni d'un robinet et porte une borne pour l'insertion du fil conducteur.

Le malade sera couché, à plat, sans oreiller, le bassin légèrement soulevé au moyen d'alèzes pliées en quatre. L'irrigateur sera suspendu à la tête du lit à une hauteur de 50 ou 60 cent. au-dessus de son plan. L'irrigateur ayant été rempli d'eau bouillie tiède saturée de sel marin ou d'eau de Vichy, on commencera par introduire la sonde le plus profondément possible, tout en ayant soin d'en suivre les courbures avec précaution.

La sonde une fois bien introduite sera maintenue d'une main : de l'autre on tournera le robinet de l'irrigateur, mais en réglant son ouverture de façon que l'eau n'arrive que très lentement dans le canal intestinal.

Lorsqu'on aura fait passer un quart de litre ou un demi-litre environ, on placera sur le ventre la ou les électrodes abdominales. Si l'on n'emploie qu'une seule plaque, celle-ci doit avoir une surface minima de 9 sur 12, soit au moins 100 cent. carrés, et on aura soin de le placer bien au milieu de l'abdomen. Au cas où l'on se servirait de deux électrodes abdominales, celles-ci devront être appliquées latéralement de chaque côté de la ligne médiane.

Le second temps consiste à établir le courant. Pour cela le pôle positif sera relié à la sonde rectale et le pôle négatif à la plaque abdominale.

Au moyen de la manette du collecteur, on élève l'intensité électrique progressivement jusqu'à 10, 20, 30, 40 et 50 milliampères. Pendant toute la séance, le robinet de l'irrigateur devra rester entr'ouvert de manière que le liquide puisse s'écouler lentement. Le courant galvanique appliqué d'une façon continue suffit parfois à provoquer le besoin de défécation (surtout dans les obstructions stercorales), mais il est toujours préférable d'avoir recours aux variations brusques d'intensité que l'on obtient, soit au moyen de renversements, soit au moyen d'interruptions.

La plupart des opérateurs renversent le courant au bout de cinq minutes, de façon que l'électrode rectale, positive auparavant, devienne négative. Pour opérer ce renversement on pousse la manette du collecteur en arrière, jusqu'à ce que le galvanomètre marque 0, puis intervertissant les fils, on ramène doucement à son intensité première. Cela fait, il ne reste plus alors qu'à interrompre le courant de temps à autre, toutes les quinze secondes, par exemple.

La durée moyenne du lavement est un quart d'heure ou vingt minutes.

Si le besoin de défécation survient pendant l'application, le malade devra d'abord y résister. Plus souvent, les contractions intestinales utiles ne surviennent qu'à la fin de la séance; d'autres fois le besoin d'expulsion n'apparaît qu'au bout de plusieurs heures. Souvent, deux ou trois lavements sont nécessaires pour obtenir un résultat. D'ordinaire, le premier aboutit seulement à la restitution de l'eau légèrement teintée, ou à l'émission de quelques gaz. Ce dernier effet permet toutefois d'affirmer que l'intestin est redevenu perméable et de présumer qu'une nouvelle électrisation provoquera une expulsion fécale abondante.

Entre deux séances consécutives, on laissera un intervalle de repos, de 7 à 8 heures environ. Trois applications demandent ainsi à peine 24 heures. On complètera l'action du lavement électrique par l'emploi de grandes irrigations rectales (entéroclyse).

G. Lyon.

Appareil pulmonaire

Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Indication du traitement chirurgical des processus ulcéreux du poumon (*Deutsche med. Wochenschrift*, 17 juillet 1902). — Riegner examine successivement les divers cas qui peuvent se présenter.

1° *Abcès.* — Dans les cas d'abcès aigus à la suite de pneumonie, l'évacuation se fait par voie bronchique, sans que le chirurgien ait à intervenir, dans la plupart des cas. Dans les cas d'influenza, on observe assez souvent la terminaison par gangrène.

Dans les cas d'abcès chronique, l'intervention s'impose parfois : elle est loin de donner des résultats toujours favorables, vu l'état de cachexie du malade;

2° *Gangrène aiguë et subaiguë.* — Il faut, dans les cas de gangrène circonscrite, avec un seul foyer, intervenir aussi vite que possible. Le diagnostic sera, au besoin, assuré par l'examen aux rayons X;

3° *Gangrène chronique.* — Ici, les circonstances sont beaucoup moins favorables;

4° *Bronchiectasie.* — Cette affection ne permet pas non plus beaucoup d'espoir au point de vue chirurgical, car on ne saurait, le plus souvent, aller rechercher toutes les dilatations

bronchiques, dont la plupart échappent du reste à l'examen physique préopératoire. Les rayons X ne rendent pas de services dans ces cas.

5° *Tuberculose* — L'auteur ne dispose pas de cas personnels; il croit, du reste, toute intervention contre-indiquée, vu la rareté des foyers circonscrits, les difficultés dont s'entoure leur diagnostic, le danger de provoquer un semis de bacilles dans les parties non encore atteintes, etc. Enfin, le tissu induré qui, même dans les meilleures conditions opératoires, environne le foyer soumis à l'intervention, n'offre aucune tendance à la cicatrisation.

En résumé, la pneumotomie est indiquée dans les cas de gangrène aiguë ou subaiguë circonscrite à un foyer. Même en l'absence de phénomènes cavitaires, on posera le diagnostic en cas de matité circonscrite entourée de toutes parts ou à peu près, d'une zone normale; en outre, la présence de lambeaux du tissu pulmonaire dans les crachats et l'examen par les rayons X aideront à assurer le diagnostic.

E. Vogt.

Traitement de la tuberculose pulmonaire (*Thérapeutique moderne russe*, nos 2 et 3, 1902). — L'un des résultats du traitement diététique et hygiénique est, comme on sait, une augmentation plus ou moins considérable du poids du malade. Il importe donc pour instituer une méthode rationnelle de traitement, d'établir de quelle façon on peut arriver à cette augmentation du poids chez les tuberculeux.

L'expérience a montré que l'appétit chez les tuberculeux est excité par le séjour à l'air libre et pur; mais on ignorait généralement le rôle de la température.

Gabrilovitsch a pu déterminer ce point important, grâce aux matériaux recueillis par lui dans son sanatorium.

Dans ce sanatorium ont été traités en l'espace de 8 ans et demi 729 tuberculeux. Comme pour la cure complète, 5 mois au moins sont nécessaires, il est évident qu'une partie de ces malades ont été soignés durant la saison froide (octobre-mars) et l'autre pendant la saison chaude (avril septembre).

Sur les 729 malades, le traitement a donné de bons résultats chez 509 (70 0/0) : 253 (49 0/0) malades, soit guéris, soit améliorés — se sont trouvés au sanatorium pendant le saison froide; 112 (22 0/0) — pendant la saison chaude et 144 (283 0/0) —pendant toute l'année; la moyenne de l'augmentation de poids a varié de 9 à 14 livres. Il en résulte que l'air froid exerce une action stimulante plus intense que l'air chaud et que la chaleur et le soleil ne constituent pas des conditions indispensables au succès du traitement.

Quant à l'alimentation des tuberculeux, elle doit être abondante et administrée à de courts intervalles, mais jamais à des moments où la digestion se fait mal. 23 malades dont les aliments étaient soigneusement pesés ingéraient en moyenne de 2.700 à 4.600 grammes.

D'après les registres du sanatorium de Gabrilovitsch, le tuberculeux prend en moyenne par jour :

200 à 250	grammes	d'eau.
200 à 270	—	de graisses.
400 à 600	—	d'hydrates de carbone.
2.500 à 3.500	—	d'albumine.
750	—	d'oxygène.

L'acquit quotidien est, par conséquent, de 4.050 à 5.350 grammes.

La dépense quotidienne du malade est de 3.150 à 4.400 grammes. — De sorte que le gain quotidien qui se manifesterait par l'augmentation du poids devrait être de 900 à 950 grammes.

En réalité, on n'observe jamais pareille augmentation.

Comme l'ont montré les pesées minutieuses des malades; leur poids augmente après chaque ingestion d'aliments, mais pour diminuer ensuite rapidement. Cette diminution du poids est particulièrement prononcée la nuit.

Un travail physique ou cérébral modéré ne ralentit pas fâcheusement sur le poids du malade; au contraire un travail musculaire forcé le diminue notablement.

Il ne faut donc permettre à ces malades qu'un travail modéré, soit physique, soit intellectuel.

Toutefois, les malades vigoureux doivent absolument se livrer à un travail physique de façon à pouvoir travailler une fois sortis du sanatorium. Le séjour au lit n'est bon d'après Gabrilovitsch que pour les faibles et les fébricitants.

J. Roubleff.

Le bleu de méthylène dans le traitement des pleurésies avec épanchement séreux, par le Dr Julio Artéoga (*Revista de Medicina y Cirugia de la Habana*, n° 4, 1902). — Des deux méthodes les plus usitées dans le traitement des pleurésies avec épanchement, l'une, celle de la paracentèse, a l'inconvénient de ne pas supprimer définitivement le liquide : le traitement médical est de beaucoup le plus employé, mais les médicaments usités jusqu'ici ont aussi leurs inconvénients.

Le procédé indiqué par l'auteur aurait plusieurs avantages. Dans un flacon de verre, d'une capacité de 100 c.c. stérilisé, on dépose vingt-cinq à soixante-quinze centigrammes de

bleu de méthylène. On bouche hermétiquement le flacon avec un bouchon de caoutchouc, muni de deux orifices par lesquels passent deux tubes de verre, un court communiquant avec l'aspirateur de Potain, et l'autre aussi long que le flacon (20 c.m.) communiquant par un tube de caoutchouc de petit calibre avec l'aiguille de la seringue aspiratrice. On introduit cette aiguille aseptisée, dans le point où on soupçonne la présence d'un épanchement séreux : au moyen de l'aspirateur, on aspire une partie de l'exsudat qui vient tomber au fond du récipient de verre. Quand on a aspiré de 80 à 100 c.c. on voit le sérum se teindre par le bleu de méthylène et alors avec la même pompe on refoule le liquide dans la plèvre. On répète l'opération plusieurs fois, en ayant soin d'éviter l'entrée de l'air dans la cavité. On arrive ainsi à bien mélanger l'agent médicamenteux avec l'exsudat et à atteindre tout le tissu enflammé.

Parmi les avantages de ce nouveau procédé on peut citer la durée du traitement, qui est bien plus courte qu'avec les autres méthodes. Plusieurs observations viennent à l'appui des dires de l'auteur.

F. Berini.

Evacuation totale des épanchements pleurétiques par la ponction aspiratrice, par le Dr Emilio Serra (*La union de los médicos titulares de Espana*, mai 1902). — Voici les conclusions de l'auteur :

1° L'évacuation lente et aussi complète que possible du liquide pleurétique n'a pas de fâcheuses conséquences pour le malade. Les accidents, expectoration albumineuse, syncope et mort rapide ne doivent pas être attribués à cette méthode.

2° La petite quantité de liquide qui reste dans la cavité pleurale après la ponction se résorbe plus vite, et la guérison du malade est plus rapide.

3° On s'oppose aussi à la compression du poumon, en rétablissant la circulation pulmonaire et en favorisant le libre accès de l'air dans l'appareil respiratoire.

4° Les bons résultats de cette évacuation lente et totale des grands épanchements sont mis en évidence chez les cardiaques, car on n'observe pas alors d'asystolie.

3° Le nombre des ponctions étant moindre, il y a moins de chance d'infection.

F. Bérini.

La limano-thérapie chez les cardiaques. (*Medicinskoé Obosrenie*, n° 6 1902). Sevine rapporte quatre observations de rhumatisants atteints d'affections cardiaques, chez lesquels la limano-thérapie, loin d'aggraver l'affection cardiaque, l'améliora ; ces observations tendraient à prouver que les affections cardiaques ne constituent pas comme le pensent un certain nombre de médecins une contre-indication à la limano-thérapie.

J. Roubleff.

Indications de la digitale dans les maladies du cœur, par le Dr F. Castelltart (*Revista de Medicina y Cirugia*, nos 2 et 3, 1902). — Les conclusions par lesquelles l'auteur termine son travail sont les suivantes : 1° Les théories myocardique, vasculaire et nerveuse ne peuvent être admises car elles ne correspondent pas à ce que la physiologie et la clinique nous enseignent :

2° La digitale agit à la fois sur le cœur et sur les vaisseaux, car elle est un médicament cardio-vasculaire. A doses thérapeutiques elle ralentit le rythme cardiaque parce qu'elle excite la pneumogastrique ; par contre les contractions sont plus énergiques ; elle est vaso-constrictive du réseau capillaire bien qu'elle augmente la pression cardio-vasculaire ; en plus elle possède une action diurétique manifeste ;

3° Il faut que le médecin surveille beaucoup l'emploi de la digitale car elle a la tendance de s'accumuler et de produire des phénomènes d'intoxication : on donnera donc ce médicament à des doses décroissantes.

4° La digitale est *inutile* dans les cas d'asystolie, *dangereuse* dans ceux d'hypersystolie, et doit être tout à fait abandonnée dans les cas de dégénérescence granulo-graisseuse du myocarde.

5° On devra l'employer seulement dans les maladies organiques du cœur, dans les cas d'hyposystolie, avec intégrité du myocarde ;

6° Dans la période hyposystolique, il y a des moments ou la digitale est *temporairement impuissante* : ce sont les cas où le cœur doit vaincre de grandes résistances ; dans ces circonstances, avant l'emploi de la digitale il faut faire disparaitre ces barrières infranchissables qui rendent impuissant le médicament, c'est-à-dire les hydropisies multiples ;

7° Le siège de la lésion ne constitue pas une donnée assez précise pour diriger l'emploi de la digitale ;

8° La digitale est surtout indiquée dans l'insuffisance tricuspidienne et surtout mitrale : il en est de même pour le rétrécissement de la pulmonaire ou de l'aorte, quand la compensation manquera, pourvu cependant que l'intégrité anatomique soit conservée ;

9° Dans les rétrécissements auriculo-ventriculaires on obtient peu de bénéfices de la digitale, on préférera la spartéine, le strophantus,

la convallaria et plus spécialement les alcools, éthers, ammoniacaux, etc.;

10° L'insuffisance aortique est la lésion où la digitale est surtout contre-indiquée, car cette substance possède une action physio-pathologique analogue à celle de la maladie, d'où on peut déduire que son emploi augmentera les souffrances du malade : l'opium, la morphine, les iodures, la trinitrine etc., rendront des services. L'intégrité au muscle cardiaque est indispensable pour l'emploi de la digitale.

F. Berini.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

La dose toxique dans le traitement de quelques troubles nerveux, par William C. Krauss (*The New York medical Journal*, 10 mai 1902). — Les résultats défavorables que l'on constate souvent dans le traitement des maladies nerveuses tiennent souvent à l'emploi de doses inégales et souvent insuffisantes: sous le nom de dose toxique, l'auteur entend la quantité de médicament suffisante pour donner lieu à des signes d'intoxication. Les médicaments que l'auteur a particulièrement étudiés au point de vue de cette dose maximum sont le mercure, l'arsenic, la noix vomique, l'hyoscine, l'atropine et la nitroglycérine.

La dose classique de sublimé indiquée par les auteurs est de 0 gr. 003 à 0 gr. 006; or, cette dose de 0 gr. 006 n'a aucun effet dans la syphilis cérébrale avancée ou la méningo-encéphalite. La dose de 0 gr. 06 ou 0 gr. 12 en injection hypodermique peut donner lieu à des intoxications, mais elle amène la disparition rapide des gommes.

L'arsenic est recommandé dans le traitement de la chorée; les auteurs classiques donnent de de 12 à 20 gouttes, l'auteur chez des choréiques invétérés a donné jusqu'à 1 cc. 77 et même 3 cc. 54.

La teinture de noix vomique peut être prescrite jusqu'à la dose de 30 gouttes avant chaque repas.

La nitroglycérine peut être prescrite à des doses relativement élevées et la tolérance est facilement acquise par les malades; il ne faut point oublier qu'à côté de ces qualités antinévralgiques, elle a des propriétés toniques.

L'atropine et l'hyoscine dans les cas invétérés de spasmes peuvent être administrées à dose prolongée pendant longtemps.

P. Sainton.

Trois cas de fièvre cérébro-spinale traités par l'antipyrine, par E. C. Freesnann (*British medical Journal*, 24 mai 1902). — L'auteur eut l'occasion d'observer à bord du « Montrose », six cas de méningite cérébro-spinale; trois malades furent traités par les moyens ordinaires et succombèrent: trois autres furent traités par l'antipyrine, deux furent suivis de guérison, le dernier vécut quatre-vingt-dix jours. Il ne semble donc point s'agir d'une coïncidence fortuite; la dose d'antipyrine était de 0 gr. 60 renouvelée trois fois par jour.

P. Sainton.

Effets de la ponction lombaire dans un cas de méningite, par E. Orlandi (*Gazetta Medica Italiana*, n° 15, 1902). — Chez une jeune fille, atteinte de méningite aiguë toxique, qui présentait des troubles très graves de la motilité, de la céphalalgie intense et du délire, on commença par essayer la désinfection gastro-intestinale au moyen du calomel, du benzonaphtol, du charbon de Belloc, et des eaux alcalines purgatives; on prescrivit en même temps des bains chauds prolongés (4-5 tous les jours) et des applications de glace sur la tête pour combattre la céphalalgie, la rachialgie, les contractures douloureuses. Mais tous ces phénomènes ne se modifièrent favorablement qu'après des ponctions lombaires, pratiquées trois jours de suite. On enleva chaque fois 20 cc. de liquide : ce dernier contenait de nombreux lymphocytes; l'examen microscopique ne permit pas de déceler le moindre microbe et les ensemencements restèrent stériles : les inoculations faites aux cobayes ne déterminèrent pas d'infection tuberculeuse. La malade guérit très bien.

La ponction lombaire, dont l'importance diagnostique est connue, a aussi une grande valeur pronostique et, selon l'auteur, une action modératrice sur les phénomènes d'excitabilité cérébrale. On devrait toujours y avoir recours dans les cas de ce genre pour soulager les malades et influencer le processus curatif.

A. L. Percival.

Traitement de la sclérodermie en plaques par l'électrolyse par Acchioté (*Gaz. méd. d'Orient* 15 mai). — La sclérodermie en plaques est une maladie assez rare que l'on peut confondre avec la lèpre et qui était constituée dans l'observation rapportée d'une jeune fille de 16 ans, par des ta-

ches de dimensions variables, blanchâtres au centre, violacées aux bords, parcheminées et sèches. Le traitement général a consisté en des préparations arsénicales. Localement l'électrolyse fut appliquée comme pour les épilations. La peau s'est amincie, l'infiltration s'est résorbée et la couleur violacée disparut; la malade était guérie au bout d'un mois et demi.

L'électricité peut être employée ici sous diverses formes :

1° Sous forme de bains électriques: 2° sous forme de courant à haute fréquence; 3° sous forme d'électrolyse.

Les effets des courants à haute fréquence sont peut-être inférieurs à ceux de l'électrolyse. Quelques précautions sont utiles à prendre:

1° Il ne faut pas employer des courants d'une forte intensité, car on pourrait courir le risque de constater consécutivement au traitement la formation de keloïdes ; il suffit d'appliquer pendant cinq secondes seulement des courants de 5 à 7 milliampères.

2° Il faut limiter l'action de l'électricité à la plaque sclérodermique ; car il a été démontré que si on dépasse la limite de la plaque, la maladie peut prendre une extension fort désagréable.

3° La méthode unipolaire, c'est-à-dire le pôle négatif appliqué seul au niveau de la plaque, donne d'aussi bons résultats que la méthode bipolaire. Enfin l'application des rayons de Rœntgen sur les plaques de sclérodermie pourrait donner de bons résultats, mais ce mode de traitement ne paraît pas encore avoir été appliqué.

L. Jumon

Le mal perforant du pied et son traitement par l'élongation des nerfs plantaires, par A. B. Roncali (*Il Policlinico seg. chirurgica*, fasc. 3, 1902). — Cette méthode, préconisée par M. Parona en 1882, a été étudiée et expérimentée plusieurs fois par l'auteur: selon lui l'élongation, la neurotrypsie, la dissociation produisent dans les nerfs les mêmes altérations et modifications qu'une section incomplète ou complète : altérations suivies d'une reproduction rapide et exhubérante des cylindraxes, qui se termine par la reconstitution anatomique du nerf. De l'examen des cas traités par lui et de ceux publiés jusqu'à présent, l'auteur tire cette conclusion que l'élongation, la dissociation, la neurotrypsie ont une action très favorable sur la guérison des ulcères trophiques dépendant d'une lésion nerveuse périphérique. Cette action est au contraire moins marquée en cas d'ulcères d'origine centrale, et minime enfin dans les cas d'ulcères secondaires à des lésions centrales dépendant d'une intoxication chronique (alcool, diabète, etc.). Pour obtenir une guérison plus rapide, on fera simultanément le traitement local de de l'ulcère trophique (curettage du fond, avivement des bords) : s'il y a des lésions osseuses, on réséquera les os atteints.

A. L. Percival.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. Blondel,

Chef du Laboratoire de la Maternité, à l'hôpital de la Charité

Application de la vapeur en gynécologie, par Kozlenko (*Th. de Moscou*, 1902). — Se basant sur des expériences sur des chiennes et sur des observations cliniques faites dans le service du professeur Sneghiriev, l'auteur conclut que la vaporisation ou l'application intra utérine de la vapeur constitue un moyen très efficace contre les hémorragies qui se trouvent sous la dépendance des diverses variétés de métrites, de la subinvolution ou de la période climatérique. De même dans le cancer utérin inopérable, la vapeur constitue un bon palliatif.

Si, au lieu de 20 ou 30 secondes, l'application de la vapeur dure une minute, la température étant de 110-115°, on obtient l'oblitération. Cette dernière est indiquée dans les hémorragies de la ménopause et les métrites catarrales séniles, rebelles à tout autre traitement. On peut également recourir à l'oblitération dans le but de provoquer la stérilité (une observation du professeur Sneghiriev), ce moyen assez inoffensif pouvant suppléer la castration ou l'hystérectomie.

Dans les annexites et paramétrites suppurées, dans tous les processus pelviens aigus, la vaporisation est contre-indiquée.

Le plus souvent une seule application de vapeur à la température de 100-105, pendant 5 à 15 secondes, à la pression de deux atmosphères, suffit pour supprimer les leucorrhées, les sécrétions fétides, les métrorragies. L'application ne doit être répétée qu'après un intervalle de 6 à 14 jours, c'est-à-dire après la chute de l'escarre.

L'application est absolument indolore ; mais on doit protéger les parois vaginales contre leur brûlure possible; il suffit pour cela, de couvrir la pointe du thermocautère de tubes en caoutchouc épais ou en étoupe comprimée.

R. Blondel.

Traitement de la dysmenorrhée, par le Dr J. Campbell (*Ulster med. Soc.*, 8 mai 1902. *The Lancet*, 24 mai). — Au point de vue cli-

nique, l'auteur distingue deux groupes, selon qu'il y a ou non des lésions pelviennes. Le premier comprend les sujets anémiques et névropathes qui réclament un traitement hygiénique général, des purgatifs, des toniques ou des sédatifs suivant les circonstances. Les sujets névropathes se trouvent quelquefois bien du courant continu, le pôle négatif dans l'utérus, le positif sur l'abdomen, avec 20 à 40 milliampères.

Le second groupe avec lésions pelviennes pourrait être traité sans distinction par la dilatation et le curettage de l'utérus, suivis du drainage utérin avec de la gaze. Ce traitement a donné de bons résultats dans quelques cas. Mais il est mieux de choisir les cas et de les diviser en trois classes : dans le premier groupe, le traitement indiqué est appliqué contre la métrite avec flexion, sans lésion des annexes; dans le second, l'utérus est à peu près normal, les annexes sont malades : ici le curettage donne des résultats dans la proportion des lésions utérines. Mais tous les troubles dus aux affections annexielles subsistent. Un troisième groupe comprend les cas de déplacement ou d'adhérences de l'utérus, les annexes étant affectées à des degrés divers. Le curettage donnera un maigre résultat.

On ne doit pas faire l'ablation des annexes pour la dysménorrhée à moins que la douleur soit excessive. La ventro ou vagino-fixation après rupture des adhérences ne donne que des résultats incertains. Les cas graves de dysménorrhée résistent à tout traitement.

M. Byers a fait remarquer que la difficulté est d'apprécier l'intensité de la douleur dans la dysménorrhée. S'il y a des lésions, il faut intervenir par le traitement le plus conservateur. Dans quelques cas, la douleur dysménorrhéique, au lieu de survenir à l'époque des règles, se montre entre deux époques. Enfin, le Dr Dempsey a montré que la diathèse rhumatismale peut être un facteur étiologique dans quelques cas.

L. Jumon.

La dionine dans la pratique gynécologique (*Therap. Monatshefte*, juin 1902). — Frankel a obtenu de bons résultats avec ce produit dans un cas de dysménorrhée, chez une vierge dont le traitement ne pouvait être que purement symptomatique. Le médicament, à la dose de 0 gr. 03, fut administré en cachets et produisit en 25 minutes environ une cessation des douleurs intolérables ressenties par la patiente.

Dans un autre cas, le même résultat fut obtenu avec un suppositoire anal contenant 0 gr. 04 de dionine.

L'auteur trouve une indication très nette à l'emploi de ce produit dans les cas de ce genre, où le spécialiste ne peut poser un diagnostic serré permettant une médication plus scientifique : la dionine exerce son action palliative sans provoquer de constipation.

L'inflammation des annexes constitue d'un autre côté une indication nette à l'emploi de la dionine : on l'associera à l'ichtyol dans un ovule vaginal.

Dionine.....	0 gr. 03
Ichthyol....	0 gr. 2
Beurre de cacao.....	2 grammes

Pour un ovule. Usage externe.

Il ne faudrait pas prescrire des solutions glycérinées à la dionine, dans le but d'en imbiber des tampons vaginaux : la quantité de substance active absorbée ne peut être assez exactement dosée dans ces conditions.

E. Voet.

De la conduite à tenir dans les cas de fibromyome compliqué de grossesse, par M. Miles F. Porter, (*Annales of Gynæcology and Pediatry*, février 1902). — M. Porter publie un cas de fibro-myome utérin, compliqué de grossesse, chez une femme de 35 ans; il fit l'extirpation de la tumeur tout en sauvegardant la vie de l'enfant. Le fibrome, qui était rattaché à l'utérus par un pédicule très large, mesurait 15 centimètres au moins, dans son plus grand diamètre, et pesait près de 5 kilogs. La femme fit un accouchement normal; mais jusqu'à cette date l'auteur redoutait une rupture de l'utérus. Homans dit, en effet, que cet accident à été constaté chez des femmes enceintes, porteuses de fibromes, et chez lesquelles on provoqua le travail. Watkins, de son côté, cite un cas de rupture de l'utérus, due à un état myomateux de cet organe, avec mort subite de la femme.

Quelquefois, à cause de la situation du fibrome qui, par compression sur les uretères ou sur la vessie, peut causer de la pyélonéphrite, et partant, la mort de la mère et de l'enfant, ainsi que M. Lée l'a rapporté dans un cas, il a paru nécessaire d'intervenir durant la période de grossese. M. Porter ne se range pas à cette idée e ne conseille l'intervention pas plus dans ces cas que dans ceux où le fibrome pédiculé pend dans le vagin. Mais l'auteur est d'avis, avec Mann, Crofford, Rossenvasser, que l'intervention est urgente toutes les fois qu'il est reconnu que e fibr ome subit la transformatton gangréneuse, et propose, dès le début du travail, l'opération césarienne complétée par une hystérectomie ou une myomectomie.

Enfin M. Porter se demande s'il est permis, dans les cas de fibro-myome coexistant avec une grossesse, de tenter l'avortement, et tout en reconnaissant qu'une grossesse ne peut arriver à terme tant qu'existe dans l'utérus quelque tumeur fibromateuse, pense qu'il n'y a lieu d'opérer que lorsque le fœtus a atteint sa période de viabilité.

Bref, l'auteur, en faisant remarquer que la grossesse est une complication sérieuse et fréquente des fibro-myomes utérins, ne recommande l'opération, durant la gestation, que lorsque les tumeurs constituent par leur localisation et par leur volume, un danger à la vie de la mère.

R. Blondel.

Traitement opératoire des ruptures de l'utérus pendant le travail, par V. Ouspensky. (*Meditz. Obozrenié*, 1902, f. 5, p. 355). L'auteur se déclare partisan de la laparotomie qui, seule, peut donner de bons résultats dans les ruptures complètes. En Russie la fréquence des ruptures complètes par rapport aux ruptures incomplètes semble être de 4 : 1.

Il est indispensable de bien examiner les vaisseaux du paramétrium, car, très souvent, ce sont eux qui donnent, et, bien entendu, le Porro seul reste inefficace. Pour la même raison la laparotomie doit être préférée à l'hystérectomie vaginale.

L'auteur rapporte ensuite 5 cas opérés à l'hôpital Ekaterininsky, à Moscou; dans l'un d'eux la rupture n'intéressait que le corps et l'on a pratiqué le Porro. Toutes les 5 opérées ont guéri.

R. Blondel.

Le traitement de l'éclampsie par la méthode de Stroganoff, par M. F. S. Newell (*The Boston Medical and Surgical Journal*, 20 février 1902). — L'auteur décrit ce traitement de la façon suivante :

1° Administrer l'oxygène durant les convulsions;

2° Faire usage de la morphine et du chloral pour calmer les convulsions;

3° Ordonner les stimulants cardiaques quand le cœur faiblit;

4° Provoquer, aussitôt que possible, la délivrance quand les convulsions ne cèdent pas au traitement;

5° Enfin, prescrire un régime doux, en conseillant d'éviter toute médication qui tendrait à déprimer la malade.

D'après son expérience, M. Newell arrive à ces conclusions.

a) Dans l'éclampsie post-partum, la morphine et le chloral mis en combinaison, paraissent avoir une action très efficace sur les convulsions.

b) Dans l'éclampsie ante-partum, ce traitement serait moins énergique.

L'auteur conclut en recommandant cette méthode, bien que, pourtant, dans les cas qu'il eût à traiter, il n'ait pas obtenu des résultats aussi excellents que ceux apportés par Stroganoff.

R. Blondel.

L'avortement provoqué, par le Dr Martin Vallèja (*La Médecina Moderna-Zaragaza*, juin 1902). — Les conclusions du travail de l'auteur sont les suivantes : La pratique de l'avortement a pu être justifiée quand, à un certain moment, on ne possédait pas d'autres ressources pour sauver la vie de la mère et que la vie de l'enfant pouvait être considérée comme perdue.

2° Dans l'état actuel de la science, l'avortement artificiel n'est pas nécessaire, car on peut prévenir et essayer la guérison de tous les accidents pour lesquels on le croyait indiqué.

3° Si parfois la continuation de la grossesse peut offrir quelque danger pour la vie de la mère, celle-ci doit prendre son mal en patience au profit de la vie de son enfant. Si on avait la sécurité absolue qu'en ne faisant pas l'avortement on perd deux vies et que l'on en sauve une, on serait autorisé à intervenir par cette opération. Mais ces cas sont si rares qu'on peut dire qu'ils n'entrent pas en ligne de compte.

4° Dans le doute s'il y a grossesse ou non, la conduite de l'accoucheur s'inspirera toujours du respect de la vie de l'enfant.

F. Béraini.

Pharmacologie

Dr E. Vogt

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

L'Adrénaline. (*Bull. des Sciences Pharmacologiques*, juillet 1902), par Mesnard et Mousset. — L'adrénaline est une substance gris blanchâtre, légère, à petits cristaux se rencontrant sous cinq formes différentes pouvant passer d'une forme à une autre suivant la méthode de cristallisation employée.

L'adrénaline a un goût légèrement amer, laissant une sensation d'engourdissement sur le point de la langue où elle a été appliquée. Elle fond et se décompose à 207°.

A l'état sec elle est parfaitement stable. Elle est plus soluble dans l'eau chaude que dans l'eau froide. La solution d'adrénaline s'oxyde facilement à l'air et à la lumière.

La stérilisation par l'ébullition ne lui ferait pas perdre son activité physiologique.

L'adrénaline a une légère réaction alcaline; elle est parfaitement soluble dans les alcalis, excepté dans l'ammoniaque et dans les carbonates alcalins. Elle est soluble dans les acides et forme avec eux trois principaux sels : les chlorhydrates, les sulfates, les benzoates.

L'adrénaline se rencontre dans le commerce, soit sous forme de tablettes de tartrate d'adrénaline facilement solubles dans l'eau, soit sous forme d'une solution au millième.

En voici la formule :

Chlorhydrate d'adrénaline.	1 gr.
Solution normale de sérum physiologique.....	1.000 gr.
Chlorétone.....	5 gr.

Le chloréthone est ajouté à la solution pour la maintenir limpide.

L'adrénaline a une action très puissante, mille fois environ celle des capsules surrénales. Elle n'exerce aucun effet cumulatif et n'est ni irritante ni toxique. C'est un hémostatique très puissant, le plus puissant que l'on connaisse. On a vu des hémorragies rebelles à tous les autres traitements céder en très peu de temps à son action. Elle élève considérablement la pression sanguine en faisant contracter les fibres musculaires des vaisseaux. Elle possède un pouvoir vaso-constrictif et décongestionnant.

De là son usage tout indiqué dans les maladies qui congestionnent la peau et les muqueuses.

Employée localement, l'adrénaline produit une anémie intense sur le point où elle a été appliquée : la région est littéralement exsangue et on peut opérer au bout de très peu de temps sans la moindre hémorragie ou tout au moins avec une perte de sang très minime.

La rapidité d'absorption de l'adrénaline par les muqueuses est excessivement variable, et nullement en raison directe du degré de congestion de ces membranes.

Il semble que la peau saine n'absorbe pas l'adrénaline, et que celle-ci pénètre plus ou moins facilement à la faveur des lésions de l'épiderme.

La que soit le mode d'aministration de l'adrénaline, c'est généralement de la solution à 1/1000 qu'on se sert comme solution-mère, car on a aussi recours aux solutions à 1/3000 et à 1/5000, quelquefois même à 1/10000 (laryngites, inflammations de la pituitaire, etc.).

La solution à 1/1000 s'emploie pure en applications locales, badigeonnages des muqueuses, instillations oculaires, etc.

En injections hypodermiques, la dose est de un demi à deux cm.

A l'intérieur, on administre de 5 à 30 gouttes de la solution-mère dans un peu d'eau, de sirop ou de vin. Le produit est encore aujourd'hui extrêmement cher.

Parmi les indications intéressantes du produit, il faut citer son emploi dans nombre de maladies de la gorge, du nez et du larynx, dans les conjonctivites, les kératites, l'iritis, le glaucome et généralement les affections où l'on emploie la cocaïne, dontelle favorise l'action, et dans les intoxications par l'opium. Il y a lieu enfin de rappeler son emploi tout récent par M. de Beurmann en photothérapie comme décongestionnant dans l'application de la méthode de Finsen.

E. Vogt.

Le tétranitrate d'érythrol, par E. Orlandi (*Gazetta medica italiana*, nos 5-7, 1902). — Le tétranitrate d'érythrol est un corps solide à la température ordinaire, fusible à 61°, peu soluble dans l'eau, très soluble dans l'éther et dans l'alcool. Il aurait, d'après les auteurs, une action vasodilatatrice marquée et serait préférable aux nitrites, à la trinitrine, au chlorhydrate d'hydroxylamine et aux éthers nitriques de la série grasse.

L'auteur a expérimenté ce produit, sur plusieurs sujets, bien portants, ou atteints d'artériosclérose, de néphrite, d'hypertension. La quantité du médicament administré a oscillé entre 0 gr. 065 et 0 gr. 130; des doses plus fortes produisent des malaises assez graves.

Chez l'individu normal la diminution de pression, mesurée à la radiale, commence 35-40 minutes après l'ingestion du médicament et atteint au bout de 2 1/2, 3 heures 0 gr. 20 à 0 gr. 25 d'Hg. La pression ne recommence à monter que 9 à 10 heures après et ne revient à la normale qu'au bout de 24 heures. Ces effets pourront être obtenus avec 0 gr. 065 d'érythrol, ils ne sont pas plus marqués si on augmente la dose jusqu'à 0 gr. 125. En administrant par doses répétées une quantité totale de 0 gr. 390 d'érythrol en un jour, on ne réussit pas non plus à abaisser davantage la pression, ni à prolonger la durée de cette diminution. Sous l'action du médicament le nombre des pulsations augmente.

Chez les hypertendus, sans lésions vasculaires, la pression diminue rapidement de 0 gr. 060 d'Hg. dans l'espace d'une heure, et la diminution qui commence déjà 15-20 minutes après la prise du médicament, se maintient en moyenne pendant dix heures : la pression remonte ensuite quelquefois au-dessus de la normale. Même dans ces cas les doses répétées

n'agissent pas autrement que chez les individus bien portants.

L'érythrol n'agit pas du tout chez les artério-scléreux et les athéromateux : ce phénomène est en rapport avec les conditions spéciales de rigidité des tuniques artérielles; sous l'action de doses élevées la pression augmente de 0 gr. 012 à 0 gr. 017 d'Hg.

En résumé, l'érythrol agit seulement chez les hypertendus, l'abaissement de pression n'est pas proportionnel à la dose du médicament, et chez certains malades cet abaissement est suivi d'une augmentation de la pression. L'auteur en conclut que les applications pratiques de l'érythrol sont relativement limitées par le fait que cette substance n'exerce aucune action utile, même à hautes doses, chaque fois qu'il s'agit de sclérose vasculaire ou d'athérome diffus et qu'il est impossible de produire avec elle une action hypertensive prolongée.

A. L. Percival.

Action physiologique et thérapeutique du veratrum viride par A. Gilardoni (*Gazetta Medica Italiano*, n° 10-11-12, 1902). — L'hypertension joue un rôle très important dans la pathologie moderne ; malheureusement on ne connait pas encore de médication permettant de combattre ses manifestations. L'action des drastiques, des nitrites, des saignées même, auxquels on recourt chaque fois qu'il s'agit d'un accès aigu d'hypertension, est passagère; on ne sait en outre que trop combien est faible et même douteuse l'action des préparations iodées. L'auteur a étudié à ce propos l'action du veratrum viride, employé presque exclusivement par les médecins américains et très recommandé en Italie par le Pr Mangiagalli dans le traitement de l'eclampsie. D'après les pharmacologistes le veratrum agirait particulièrement sur le système nerveux régularisateur de la circulation et abaisserait la pression artérielle. Les expériences de l'auteur sont nombreuses : elles ont porté aussi sur des sujets bien portants mais spécialement sur des individus atteints d'hypertension. L'auteur conclut de la façon suivante :

Le veratrum viride abaisse la pression artérielle, soit qu'on l'administre par voie buccale soit sous forme d'injection hypodermique.

Une dose de 20 gouttes, par la bouche, abaisse la pression de 20 mm. de mercure chez les sujets normaux ; le chiffre est à peu près le même pour les hypertendus. Trois gouttes en injection hypodermique donnent un abaissement identique, et 15 gouttes la diminuent de 0 gr. 050 d'Hg. ; dans ces conditions, avec 30 gouttes on peut arriver à un abaissement de pression de 0 gr. 140 d'Hg. La dose moyenne a été de 80-100 gouttes, dissoutes dans de l' eau sucrée. La diminution de pression est moins notable si on donne le médicament par voie buccale. La pression remonte bien plus lentement qu'elle n'est descendue.

L'administration du veratrum n'a jamais produit des phénomènes d'intolérance ou de malaises : le nombre des pulsations est diminué.

En admtnistrant le remède d'une façon continue, ont réussi à maintenir constamment basse la pression artérielle pendant un grand laps de temps.

La diminution de pression est suivie de l'amélioration de tous les symptômes qui étaient sous la dépendance du trouble circulatoire.

L'auteur enfin a traité par le veratrum viride, avec un très remarquable succès, deux cas d'urémie aiguë chez des brightiques. Cet effet s'explique aisément si, avec l'auteur, on adopte la théorie du Pr Forlanini qui attribue l'accès urémique à des phénomènes d'hypertension artérielle aiguë et se manifestant subitement.

A. L. Percival.

Sur l'action de l'extrait fluide du Cactus grandiflorus, par le Dr Thaddaeus v. Zelensk (*Klin. therap. Woch.* 1er juin 1902). — L'extrait de cactus est un liquide de couleur verte, qui a l'odeur caractéristique de la plante et un goût sucré assez agréable. Par le repos, la liqueur change de couleur et devient vert olive. On n'aurait pas pu trouver, jusqu'à présent, avec une complète certitude la nature du principe actif, et les substances alcaloïdiques considérées comme telles ont été obtenues en si petite quantité qu'il était impossible d'en faire une analyse chimique exacte. D'après Witko, au contraire la plante ne contiendrait ni alcaloïde ni glycoside.

L'auteur a obtenu les meilleurs résultats thérapeutiques dans le cours des lésions valvulaires aortiques non compensées, et s'accorde avec Myers et Wilcox pour considérer le cactus presque comme le spécifique des lésions valvulaires aortiques de même que la digitale est le spécifique des lésions mitrales. Les malades atteints de phénomènes dus à des lésions aortiques non compensées, c'est-à-dire de dyspnée intense, arythmie, œdème des extrémités et ascite, après avoir été traités longtemps avec l'extrait de cactus, ont quitté l'hôpital sans trace d'œdème et la fonction cardiaque rétablie. La percussion a permis de constater une diminution de la matité cardiaque. Mais l'amélioration ne peut persister que si le malade suit une hygiène convenable.

Le cactus grandiflorus donne des résultats moins bons dans les lésions mitrales non com

pensées. La dyspnée peut s'atténuer pendant quelque temps, la quantité des urines augmente, mais les fonctions circulatoires ne se rétablissent pas complètement avec l'usage exclusif de la plante. Il est vrai que dans les cas de Thaddaeus la maladie cardiaque était très avancée. Par contre, l'extrait de cactus lui a rendu des services pendant les temps de repos du traitement digitalique.

L'auteur a obtenu de bons résultats dans les épanchements pleuraux datant de longtemps, dans lesquels la résorption est lente, la tension du pouls faible et les bruits cardiaques sourds. La quantité d'urine se relève très rapidement, le pouls devient plus fort et la marche de la résorption est plus rapide. La courbe sphygmographique a présenté le plus souvent une élévation manifeste de l'onde pulsatile.

Le cactus rend encore de bons services dans l'asthénie cardiaque au cours des maladies infectieuses et l'état du cœur s'améliore, la courbe sphygmographique se relève et gagne en régularité, comme l'auteur l'a observé dans un cas de pneumonie asthénique chez un vieillard de 70 ans atteint d'artériosclérose intense.

Quant à l'emploi de l'extrait de cactus, les doses en usage dans la pratique sont trop faibles. Il faut donner au moins 30 gouttes d'extrait fluide, trois fois par jour. On peut même donner de plus hautes doses sans inconvénients, sans intoxication, sans action cumulative et cela, pendant très longtemps. Le médicament n'exerce pas d'action sur les reins et l'appétit se maintient malgré de hautes doses. Dans un des cas cités, l'auteur a donné pendant plus d'un mois de très hautes doses sans noter aucune trace d'intoxication.

L. Jumon.

La pratique de la médication iodurée, par le Dr Novo Vilanova (*La clinica Moderna* n° 1- 1902). — L'auteur, après avoir exposé son opinion sur la valeur de l'iodure de potassium, combat les méthodes usuelles d'administration du dit médicament (petites doses continuées pendant longtemps, d'après Huchard, ou augmentation considérable de la dose quand les symptômes d'intoxication se présentent). En effet le premier procédé ne produit pas même les effets physiologiques et les effets thérapeutiques et toxiques ne se montrent pas : avec le second procédé on n'arrive pas à faire absorber le médicament (comme le démontrent les troubles gastriques et intestinaux, l'absence d'élimination par les urines et la présence du médicament dans les matières fécales. L'auteur fait une distinction entre ce qu'il appelle la médication iodée, la médication iodique et la médication iodurée.

La médication *iodique* possède une action antiseptique et excitante de la nutrition cellulaire : elle convient parfaitement aux processus chirurgicaux superficiels ou profonds : dans ce groupe on rangera l'*iode métallique*, la *teinture d'iode*, la *peptone iodée*, l'*acide iodique*, l'*acide benzo-iodique*, l'*iodure d'amidon*, l'*iodate de sodium*, etc.

La médication *iodée* a une action fondante et neurotrophique, indirecte il est vrai, sur le sang et les fonctions de secrétion interne des glandes; elle convient parfaitement aux dystrophies telles que l'obésité, l'asthme, le diabète, la goutte et à la syphilis, au moment où elle n'est plus franchement infectieuse, et où elle n'est pas encore arrivée à la période angiopathique et parasyphilitique justiciable des iodures. Dans ce groupe rentrent les composés iodo-organiques tels que l'*iodothyrine*, la *caséïne iodée*, le *fucus vésiculosus* et l'*iodopyrine*.

Finalement la médication *iodurée* à action vasculaire, hypotensive, antiscléreuse et résolutive convient parfaitement aux processus vasculaires conjonctifs et exsudatifs, aux angiopathies en général, aux scléroses et aux catarrhes hypersécrétoires prolongés. Dans ce groupe se rangent les *iodures alcalins*, potassique et sodique.

L' auteur passe ensuite en revue les accidents toxiques déterminés par l'iodure et termine par les conclusions suivantes.

Pour obtenir une ioduration intense et suffisante sans les inconvénients de l'iodisme il faut conseiller aux malades :

1° De supprimer le sel de cuisine dans leur alimentation ;

2° De choisir comme aliment préféré le lait, car il augmente la sécrétion rénale et facilite l'excrétion de l'iodure par l'urine ;

3° D'ingérer dans les liquides une certaine quantité d'albumine pour éviter les effets irritants de l'iodure sur la muqueuse digestive sans diminuer l'action thérapeutique ;

4° D'utiliser tous les jours des collutoires, gargarismes, et irrigations nasales à base de vaseline liquide pour empêcher et combattre la fluxion des muqueuses et l'élimination iodique du glycérolé d'amidon à leur surface ;

5° D'enduire de glycérolé d'amidon ces points où les manifestations cutanées se font de préférence, après un lavage antiseptique préalable. Cette pratique a l'inconvénient de colorer en bleu les points d'élimination mais elle a l'avantage de donner naissance à un corps neutre et inoffensif, l'iodure d'amidon.

F. Berini.

Traitement par l'acide cacodylique, par le Dr Smidt (*Neurolog. Centralbl.* n° 7, 1902). — L'acide cacodylique et ses sels ont d'abord été

employés dans les maladies de la peau, surtout dans le psoriasis, jusqu'à présent on ne connaît guère de phénomènes d'intoxication à la suite des injections, ceux-ci se produisent plutôt à la suite de l'emploi interne par la bouche ou le rectum. On observe alors des congestions, de l'excitation générale allant jusqu'à l'insomnie, des douleurs abdominales, de la fièvre, des bourdonnements d'oreilles, des crampes stomacales, de la stomatite, de la diarrhée. Dans quelques càs, l'odeur alliacée de l'haleine, des matières et de l'urine indique la réduction de l'acide cacodylique en oxyde de cacodyle sous l'influence de matières oxydables.

Le cacodylate de soude s'élimine intact par l'urine. C'est un corps très stable dont les solutions supportent très bien l'ébullition. Au point de vue thérapeutique, il excite l'appétit et stimule la régénération des tissus. La nutrition ne se ralentit que si les doses sont toxiques. Sous son influence la pression sanguine est accrue, le pouls se ralentit, de même que la respiration. L'augmentation des oxydations organiques accroît la résistance contre les toxines. Sous l'influence du cacodylate de soude Smidt a constaté, par exemple, que les tuberculeux supportent très bien l'influenza.

Smidt regarde l'injection comme le mode d'emploi le mieux approprié, bien qu'il ait également obtenu de bons résultats par la voie stomacale, qui offre l'inconvénient de l'odeur fréquemment alliacée de l'haleine. Les injections ne sont pas douloureuses; elles doivent être faites tous les jours pendant une semaine, à la dose de 0 gr. 05, on les suspend pendant huit jours et on recommence en élevant légèrement la dose. On doit toujours faire des interruptions dans le traitement pour éviter les effets d'accumulation.

Smidt recommande de ne pas faire d'injections quelques jours avant et après les règles, parce que le cacodylate de soude paraît exagérer l'écoulement sanguin.

L'accoutumance au médicament qui peut être employé pendant des années, se produit au bout de deux ans; il faut alors interrompre pendant quelques mois. La seule contre-indication est l'insuffisance du foie atteint de congestion, d'hypertrophie, de cirrhose, de cancer etc. L'intolérance paraît alors survenir très vite. On a obtenu une action particulièrement favorable dans la tuberculose.

Parmi les maladies nerveuses dans lesquelles le cacodylate est indiqué, Smidt place en première ligne la neurasthénie, puis la chorée. Le médicament est en général indiqué dans tous les cas où l'on constate l'asthénie.

L. Jumon.

Le Sidonal dans la goutte (*Medicinskoe Obosrenie* n° 7, 1902). — Parmi les médicaments préconisés récemment dans le traitement de la goutte, le sidonal mérite tout particulièrement d'attirer l'attention. Le sidonal est une combinaison de pipérazine et d'acide quinique.

Le sidonal contient 80 0/0 d'acide quinique et 20 0/0 de pipérazine anhydre: il se présente sous forme d'un sel cristallisé blanc, d'une saveur faiblement acide, sans odeur. Il est facilement soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool et l'éther; son point de fusion est à 172°.

La dose qui a été déterminée par Leyden est de 5 grammes par jour, pouvant être portée progressivement à 8.

Le sidonal diminue la formation de l'acide urique et augmente celle de l'acide hippurique, facilement soluble.

Ilinsky a expérimenté le sidonal dans un certain nombre de cas d'affections goutteuses et en a obtenu d'excellents résultats. Ce serait donc un remède excellent, malheureusement le sidonal est excessivement cher, tout au moins pour le moment.

J. Roubleff.

A propos du sérum de Trunecek, par Léopold Lévi (*Presse Médicale*, n° 49, p. 579, 1902). — M. Léopold Lévi relate quelques cas qui permettent d'apprécier les résultats éloignés de l'emploi de ce sérum. Chez un malade de soixante-dix ans, atteint d'une céphalée continue depuis trois ans, céphalée qui ne l'avait jamais laissé tranquille plus de deux jours et qui s'accompagnait de bourdonnements dans les oreilles, d'insomnie, le traitement consistant en 38 piqûres de sérum de Trunecek, 30 piqûres de suite, de 2 à 5 cc., puis 2 par semaine, sans modification de régime, ni adjonction d'aucun médicament, détermina une amélioration complète : disparition de la céphalée, de l'insomnie, des bourdonnements d'oreilles.

Mêmes résultats chez un homme de 45 ans, syphilitique, artério-scléreux précoce.

Les résultats obtenus se sont maintenus entre 5 et 10 mois, dans un certain nombre de cas.

M L.. Lévi fait d'habitude dix injections; si l'amélioration progressive fournit une indication à poursuivre le traitement, il le continue sous forme de lavements à la dose de 5 à 40 centimètres cubes, donnés à l'aide d'une seringue en caoutchouc de 30 centimètres cubes. On commence par la dose de 5 centimètres cubes et on augmente de 5 centimètres cubes tous les deux jours pour arriver à 30 ou 40 centimètres cubes. Ces lavements sont en général bien supportés.

Les injections étant parfois douloureuses et les lavements n'étant pas toujours absorbés, M. L. Lévi a cherché à leur substituer la poudre minérale suivante, qui est prise en cachets :

Chlorure de sodium....	10 grammes
Sulfate de soude.....	1 —
Phosphate de chaux....	ãã 0 gr. 75
Phosphate de magnésie.	
Carbonate de soude....	0 — 40
Phosphate de soude....	0 — 30

A diviser en treize cachets.

Chaque cachet correspond au moins à 15 cc. du sérum liquide et à la teneur en sels de plus de 150 cc, de sérum de sang.

Ces cachets se prennent à jeun avec une cuillerée à soupe d'eau, une heure avant l'ingestion du premier déjeuner. Parfois les malades en prennent deux, l'un le matin à 6 heures, le second à 11 heures. Avec cette poudre employée seule, des résultats favorables ont été obtenus chez des malades atteints de troubles nerveux dus à l'artério-sclérose : parésies diverses, vertiges, céphalées, troubles de la parole, bourdonnements d'oreilles, etc.

G. Lyon.

Tétanos après injection de gélatine, par Krug (*Therap. Monatshefte*, juin 1902). — L'auteur a trouvé dans la littérature 7 cas de tétanos consécutifs à des injections de gélatine. Dans tous ces cas, on ne saurait incriminer les instruments, car on eût enregistré, dans ces conditions, des accidents locaux (phlegmons, abcès) ; jamais des injections de morphine, éther, etc., même faites sans aucune précaution antiseptique, n'ont provoqué du tétanos. Il semble donc évident que c'est la gélatine qui contient l'agent pathogène : aussi quelques auteurs ont-ils recommandé de stériliser la gélatine du commerce avant de l'injecter, et ont-ils pensé pouvoir se mettre ainsi à l'abri de tout accident de ce genre. D'autres recommandent aux opérateurs de faire eux-mêmes leur gélatine, celle du commerce étant fort difficile à stériliser. Ce dernier procédé exige malheureusement beaucoup de temps, et les injections de gélatine représentent en général une médication d'urgence.

En résumé, la méthode offre actuellement trop de dangers pour qu'on puisse l'utiliser dans tous les cas où elle rendrait des services. Elle doit être réservée aux cas rares où l'opérateur dispose de tout son temps et parvient ainsi à se mettre à l'abri de toute introduction de germes tétanigènes.

E. Voct.

Le massage sous l'eau, par Mesnard, (*Revue de cinésie*, 20 juillet 1902). — Cette forme de massage, qui tend à prendre en France une extension de plus en plus grande, ne fut guère pendant longtemps, usitée qu'en Allemagne où cette pratique avait pris naissance.

Le massage sous l'eau est préconisé surtout dans les manifestations articulaires de la goutte, lorsque la période aiguë est passée; dans le rhumatisme articulaire chronique, dans l'obésité, dans diverses affections du foie, de l'estomac, etc.

Voici en quoi il consiste.

Le malade est étendu sur un matelas en caoutchouc, dans une baignoire de forme spéciale et de hauteur appropriée pour que le masseur ait son sujet bien en main. L'eau est, suivant les indications, et surtout suivant les localités, soit de l'eau ordinaire ou plus généralement une eau minérale; les eaux alcalines ont l'avantage d'être onctueuses au toucher, ce qui facilite les manipulations. Au-dessus de la baignoire sont disposés divers robinets permettant d'administrer concurremment au massage la douche en pluie à des températures variées. De même, un tuyau souple, que le masseur passe d'ordinaire sous son bras gauche, lui permet de projeter sur un point déterminé du corps et sous les inclinaisons les plus variées un jet liquide à pression variable et dont la température est réglée facilement à l'aide d'un mélangeur à portée de la main.

Cette méthode faciliterait selon ses partisans le massage des jointures douloureuses; l'eau amortit les chocs et rend plus douces et plus moelleuses les manipulations. Elle éviterait à des mains insuffisamment exercées d'aggraver des fluxions articulaires existantes, et permettrait enfin, grâce à l'action sédative du bain convenablement choisi comme température et comme composition, de prolonger certaines manœuvres. La douche décape la peau et active la circulation, complétant ainsi l'action du massage.

L'auteur estime que le massage sous l'eau ne paraît pas avoir une supériorité bien marquée sur les pratiques ordinaires de l'hydrothérapie, et il présente ce grand inconvénient d'obliger le médecin de confier à un aide plus ou moins expérimenté et l'hydrothérapie et le massage, alors qu'il peut, en appliquant lui-même l'une ou l'autre médication ou toutes les deux successivement au besoin, obtenir les mêmes effets avec autant de sûreté et plus de précision et de méthode.

E. Voct.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

APPLICATIONS GÉNÉRALES ET LOCALES DE L'AIR SURCHAUFFÉ

L'emploi de l'air surchauffé s'est très répandu dans ces dernières années.

On obtient l'air surchauffé à l'aide de différents moyens, soit avec l'électricité (bains de chaleur lumineuse de Dowsing, électrotherme de Lindemann, thermoplasme de Larat), soit au moyen de becs de Bunsen (appareil de Tallerman), de lampes à alcool, etc. *L'appareil Dowsing* permet de soumettre le corps à une chaleur radiante lumineuse pouvant s'élever jusqu'à 230°, alors que dans les bains d'étuve sèche la température maxima ne dépasse pas 75°. La chaleur radiante lumineuse y est produite par un courant électrique (continu ou alternatif) traversant un filament spécial inventé par l'ingénieur Dowsing et contenu dans une ampoule de verre où on a fait le vide. Cette ampoule est fixée à des réflecteurs de forme particulière, mobiles, de façon à prendre toutes les positions nécessaires pour diriger les rayons sur une partie du corps ou sur le corps tout entier. Le malade repose sur un lit recouvert d'un matelas d'amiante : les réflecteurs sont amenés de chaque côté du lit et une couverture en amiante est placée au-dessus des réflecteurs, sans toucher le corps du malade en aucun point, excepté au niveau du cou, qu'elle entoure, laissant aussi la tête à l'air libre. La distance séparant la couverture du corps doit être d'au moins 30 à 40 cent. Le malade se trouve dans une atmosphère atteignant 150° et même quelquefois 200°, sans éprouver le moindre malaise ; l'innocuité de la chaleur radiante lumineuse, tient d'une part à l'absence d'humidité, d'autre part, à la ventilation parfaite de l'air autour du corps du malade.

L'électrotherme de Lindemann repose sur le principe de l'échauffement d'un fil de grande résistance ; ce fil chemine dans l'épaisseur des parois d'une boîte rectangulaire où le malade peut introduire le membre atteint.

L'appareil de Tallerman se compose essentiellement d'une étuve en cuivre hermétiquement fermée et surmontée d'un thermomètre plongeant à l'intérieur de l'appareil,

La partie du corps à traiter est introduite dans l'appareil, des parois duquel elle reste séparée par des briquettes enveloppée d'amiante.

Grâce à ces différents appareils, on peut employer localement l'air porté à une température excessivement élevée, ce qui n'est pas possible avec les bains d'étuve anciennement employés. C'est ainsi que l'on peut faire agir sur les régions malades des températures allant jusqu'à 170° et plus, pendant un temps assez long en moyenne (1/2 heure à une heure) sans que le malade en soit incommodé.

Il existe encore d'autres appareils pour le traitement de diverses affections locales par l'air surchauffé : tels celui d'Hollander pour le traitement du lupus, de Lermoyez et Mahu pour le traitement des affections nasales et auriculaires, etc. Ces derniers utilisent l'air comprimé à 120 atmosphères et contenu dans des tubes portatifs d'acier ; la source de chaleur est un serpentin isolé par une double enveloppé métallique et chauffé par un bec de Bunsen ; à ce serpentin est adapté un tube conducteur et une canule spéciale : un régulateur de température et de pression complète l'appareil qui échauffe l'air jusqu'a 70°-90°.

Les malades supportent très bien l'air surchauffé parce qu'il est sec, exempt de vapeur d'eau.

Ses effets sont dus essentiellement à la stimulation imprimée à la circulation tant locale que générale. Il fait fonctionner la peau, suractive le fonctionnement de ses glandes et par suite contribue à favoriser l'élimination des déchets toxiques. D'autre part, il exerce une action sédative puissante sur l'élément douleur, par suite d'une action spéciale sur les nerfs cutanés. L'air surchauffé amène aisément la disparition de douleurs névralgiques rebelles à tous les autres moyens thérapeutiques.

Indications. — Le bain général d'air surchauffé est indiqué dans tous les cas où la peau fonctionne mal, où les autres émonctoires (rein, etc) ont également un fonctionnement défectueux, par conséquent surtout chez les arthritiques.

Il est indiqué dans l'obésité, dans l'albuminurie, (Carrière) où il est préférable aux bains de vapeur.

Les applications locales sont multiples :

Appareil locomoteur. — Arthrites traumatiques, synovites, rhumatisme blennorragique (Bier), rhumatisme déformant, arthrites tuberculeuses, goutte, rhumatisme musculaire (lumbago etc).

Appareil nerveux : névralgies de toute localisation et de toute nature (sciatique etc)., névrites ; crampe des écrivains.

Peau : ulcères de jambe, plaies atoniques : gommes syphilitiques, chancre mou (Balzer), eczéma arthritique, angiomes caverneux ou plexiformes (Holländer) ; lupus (l'air surchauffé agit suivant les cas par cautérisation absolue ou relative, (Holländer) ; prurit (excellents résultats).

Utérus. certaines métrites, ulcérations du ol (Jayle).

Nez : Ozène (Gautier et Larat). Coryzas congestifs avec obstruction intermittente, coryzas spasmodiques avec éternuements, larmoiement, coryzas vaso-moteurs caractérisés par l'hydrorrhée ; coryzas chroniques simples, catarrhes tubaires subaigus (Lermoyez et Mahu).

Oreille : Otalgie réflexe des affections du naso-pharynx ; bourdonnements d'oreille dans les catarrhes tubo-tympaniques subaigus d'origine naso-pharyngienne.

Otite moyenne catarrhale (George W. Hopkens).

(L'air chaud à 200° est amené par un manchon au contact du conduit auditif externe préalablement bourrré de gaze).

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Distinctions honorifiques. — Sont nommés dansl'ordre de la Légion d'honneur :

Officier. — M. le docteur Infernet (médecin de la marine).

Chevaliers. — MM. les docteurs L. Cruet, Du Castel, Hamonic, André Petit, Jules Renault, Sebileau, Léon Tissier (de Paris); Gagnard (de Castillon-sur Dordogne); Guillaud (de Bordeaux); Marchand (d'Aulnay); Paillard (de Varzy); Roux (de Saint-Jean-en-Royans); Sassi (de Sospel); W.-M. Borius, Marchandou, Masurel (médecins de la marine).

Sont nommés :

Officiers de l'instruction publique. — MM. les docteurs Bonneau (de Courçon); Foubert (de Saint-Savinien), Barthe (de Bordeaux), Bide (de Clermont), Chevy (de Reims), Delotte (de Limoges), Denucé (de Bordeaux), Domergue (de Marseille), Ducamp (de Montpellier), Février (de Nancy), Focken (de Lille), Gascard (de Rouen), Gangolphe (de Lyon), Laguesse (de Lille), Leudet (de Rouen), Maitessier (de Montpellier), Moure et Régis (de Bordeaux), Roque (de Lyon), Surmont (de Lille), Tourneux (de Toulouse), Trolard (d'Alger), Wahl (de Lille), Wolf (de Tours).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Jean (de Rouffac); Jobard (d'Is-sur-Tille); Joubert (de Burie); Papillaud (de Saujon); Primet (de Loulay); Rey (de Charenton-le-Pont); Vanderquand (de Dolus); Ardin-Delteil (de Montpellier); Boquel (d'Angers); Boussavit (d'Amiens); de Bovis (de Reims); Brissemoret (de Paris); Brouilhet (de Lyon); Bruchon (de Besançon); Camus (de Paris); Carrière (de Lille); Cathelineau (de Paris); Chavannaz (de Bordeaux); Cousin (de Marseille); Curtillet, Pittger, Desgrez (de Paris); Dupouy (de Bordeaux); Faivre (de Poitiers); Gérard (de Lille); Guiart (de Paris); Hallé (de Paris); Jacquinet (de Reims); Joannin (de Paris); Martin (de Rouen); Martin (de Lyon); Monnier (de Nantes); Paucier (d'Amiens); Perruchet (de Dijon); Regaud (de Lyon); Rispal (de Toulouse); Sellier (de Bordeaux); Thiry (de Nancy); Vedel (de Montpellier); Vignard (de Nantes); Vincent (de Paris); Zilgien (de Nancy).

Une médaille de bronze a été décernée à M. Paul Lanes, étudiant en médecine à Toulouse pour acte de courage.

Actes officiels. — Un décret en date du 22 juillet 1902 porte que le baccalauréat de l'enseignement secondaire institué par le décret du 31 mai 1902, est admis, quelle que soit la mention inscrite sur le diplôme, pour l'inscription

dans les Facultés et Ecoles d'enseignement supérieur, en vue des grades ou titres conférés par l'Etat.

C'est, comme on le voit, la suppression des études classiques comme préparation, à la médecine et l'accession du doctorat ouverte à tous. Il nous semble que la médecine était déjà, en France, suffisamment encombrée comme cela.

Congrès français de médecine interne.—*Session de Paris*, 1904. — Dans sa session de Toulouse (avril 1902), le Congrès de médecine a décidé qu'à l'avenir les sessions se tiendraient alternativement à Paris et en province, et seraient présidées par un président local.

M. le Pr Jaccoud, qui avait été désigné à Toulouse pour présider la session qui aura lieu à Paris en 1904 ayant décliné l'offre qui lui était faite, le comité permanent du Congrès a procédé à l'élection d'un nouveau président.

Le bureau est définitivement constitué de la façon suivante :

Président : M. Cornil:

Vice-Présidents : MM. Henrot (de Reims) et Brissaud;

Trésorier : M. Pierre Merklen;

Secrétaire général : M. Gilbert Ballet;

Secrétaire général adjoint : M. Enriquez.

Congrès annuel de la Société belge de chirurgie. — Ce Congrès, qui se tient régulièrement à Bruxelles, au mois de juin, aura lieu cette année les 8, 9 et 10 *septembre*.

Cette réunion sera exclusivement consacrée à la discussion des trois questions suivantes :

1° *Le traitement de l'appendicite*. Rapporteurs: MM. A. Broca, de Paris; A. Gallet, de Bruxelles; C. Roux, de Lausanne, et Sonnenburg, de Berlin.

2° *Le traitement des fractures des membres*. Rapporteurs : MM. A. Depagé, de Bruxelles; Rottschild, de Francfort, et Th. Tuffier, de Paris.

3° *De l'asepsie opératoire*, en tant que préparation des mains, de la région et du matériel de suture et de ligature. Rapporteur : M. Walravens, de Bruxelles.

La Société profitera de la présence à Bruxelles d'un grand nombre de chirurgiens étrangers, pour jeter les bases d'une *Société internationale de chirurgie*, conformément à une proposition de M. Ch. Willems.

Les chirurgiens qui n'ont pas encore répondu à l'invitation de la *Société belge de chirurgie* sont priés de le faire sans retard et, en tout cas, avant le 15 août.

•

La photographie comme moyen de diagnostic précoce de la fièvre typhoïde. — D'après Henneage Gibbes, l'emploi des plaques orthochromatiques permettrait de démontrer l'existence de l'éruption caractéristique des taches rosées avant que l'œil puisse les percevoir.

Voici comment il conseille de procéder. La tête et la figure du malade étant recouvertes, on met à nu la région abdominale. Pour faciliter la mise au point, on colle sur la peau un morceau de papier imprimé. Un aide dirige sur le ventre la lumière d'un miroir. On doit de servir des plus rapides des plaques orthochromatiques. Sur une série de six clichés, deux au moins montreront l'éruption.

Pour le développement des plaques, les meilleurs résultats s'obtiennent avec une solution faible d'hydroquinone ou de paramol.

Institut Pasteur. — Le cours et les manipulations au service d'analyse et de chimie appliquée à l'hygiène (troisième année) commenceront en novembre.

Ce cours s'adresse spécialement aux médecins, aux pharmaciens et chimistes industriels.

S'adresser, pour renseignements, Institut Pasteur, 26, rue Dutot.

Décret réglementant l'emploi du blanc de céruse dans les travaux de peinture en bâtiment. — M. le ministre du Commerce a fait signer à M. le président de la République le décret suivant :

Article premier. — La céruse ne peut être employée qu'à l'état de pâte dans les ateliers de peinture en bâtiment.

Art. 2. — Il est d'employer directement avec la main les produits à base de céruse dans les travaux de peinture en bâtiment.

Art. 3. — Le travail à sec au grattoir et le ponçage à sec des peintures au blanc de céruse sont interdits.

Art. 4. — Dans les travaux de grattage et de ponçage humides, et généralement dans tous les travaux de peinture à la céruse, les chefs d'industrie devront mettre à la disposition de leurs ouvriers des surtouts exclusivement affectés au

travail, et en prescriront l'emploi. Ils assureront le bon entretien et le lavage fréquent de ces vêtements.

Les objets nécessaires aux soins de propreté seront mis à la disposition des ouvriers sur le lieu même du travail.

Les engins et outils seront tenus en bon état de propreté, leur nettoyage sera effectué sans grattage à sec.

Art. 5. — Les chefs d'industrie seront tenus d'afficher le texte du présent décret dans les locaux où se font le recrutement et la paye des ouvriers.

Réunion de l'Association française d'urologie en 1902. — La sixième session de l'Association française d'urologie aura lieu à Paris, à la Faculté de Médecine, du 23 au 25 octobre 1902.

La question suivante a été mise à l'ordre du jour :

Indications et résultats de la néphrectomie. Rapporteurs : MM. Forgue et Michon.

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le Secrétaire général : M. E. Desnos, 31, rue de Rome.

BIBLIOGRAPHIE

Diagnostic et traitement des maladies infectieuses, par le Dr J. Schmitt, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. in-16 de 495 pages, cartonné. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Le livre de M. Schmitt s'adresse aux étudiants et aux praticiens qui, pris dans l'engrenage des occupations peofessionnelles, n'ont ni les moyens de parcourir toutes les publications spéciales, ni le loisir d'étudier de volumineux ouvrages.

N'envisageant que le côté purement pratique de la question, M. Schmitt a résumé d'une façon aussi claire que possible, les méthodes nouvelles du diagnostic et présente, dans un ordre logique, les indications thérapeutiques générales découlant de nos connaissances actuelles sur les causes, la pathogénie et l'évolution des maladies infectieuses.

Le livre est divisé en trois parties :

La première partie résume les notions générales sur *les deux facteurs de la maladie infectieuse : le microbe et l'organisme.*

La seconde partie est consacrée au *diagnostic général des maladies infectieuses.* M. Schmitt glisse sur les signes cliniques habituels, sur l'examen actuel du malade pour accorder une plus large part aux procédés nouveaux anatomopathologiques, bactériologiques et biologiques. C'est ainsi que l'on trouvera dans ce volume l'examen du pus, du sang (hémo-diagnostic), des sérosités et du liquide céphalo-rachidien (cytodiagnostic), la cryoscopie, puis l'examen bactériologique des produits pathologiques, l'emploi de la tuberculine et de la malleine, le sérodiagnostic, la diazoréaction, le chimisme respiratoire, etc. Mais loin de mettre au second plan les méthodes sémiologiques anciennes, il montre que les seules ressources de l'observation clinique suffisent en général à obtenir le diagnostic des maladies infectieuses et que les procédés nouveaux, plus délicats et plus compiqués, mais non plus scientifiques, servent surtout à ranger dans le groupe des infections certaines maladies que l'ancienne médecine avait classées aillleurs ou à apporter un élément de certitude là ou la clinique peut avoir quelque hésitation.

Enfin la troisième partie traite de la *prophylaxie et de la thérapeutique générale des maladies infectieuses.* On y trouvera tout d'abord l'étude des antiseptiques médicamenteux et le rôle antiseptique de certains moyens mécaniques et physiques (Photothérapie), puis les procédés d'immunisation et la sérothérapie, enfin l'exposé des moyens destinés soit à soutenir la résistance organique, soit à stimuler l'activité cellulaire, soit à désintoxiquer l'organisme. Le volume se termine par l'étude des médications antithermique et antiphlogistique.

Manuel d'Histologie Pathologique, par Cornil et Rouvier, *Tome second*, (Félix Alcan, 1902).

Le second volume du *Manuel d'Histologie Pathologique* de Cornil et Rouvier vient de paraître. Il contient l'anatomie pathologique des muscles par Durante (472 pages), celle du sang par Jolly (80 pages), celle de la moëlle osseuse par Dominici (100 pages), et enfin l'histologie du système nerveux par Gombault et Philippe (200 pages).

Chacun de ces auteurs peut-être considéré comme un des savants français les plus qualifiés parleurs travaux antérieurs pour traiter le sujet qui leur a été assigné.

L'anatomie pathologique des muscles de Durante est à elle seule un véritable traité. Après quelques pages consacrées à la technique à suivre pour l'examen histologique des muscles, l'auteur étudie radidement l'histologie et le développement sur la fibre striée.

Il examina ensuite les lésions de la fibre musculaire striée (Tuméfaction trouble, dégénérescence graisseuse, vitreuse, pigmentaire, amyloïde, calcaire, vacuolaire).

La régénération de la fibre striée est longuement étudiée, puis la régression plus modeste, ainsi que l'hypertrophie et l'atrophie simples.

Viennent ensuite les lésions du muscle considéré en tant qu'organe : Ischémie, œdème, congestion, hématome, embolie, névroses, traumatismes, et aussi les processus de la cicatrisation.

L'hypertrophie musculaire comprend l'hypertrophie physiologique, l'hypertrophie qui précède la myopathie progressive, la myopathie hypertrophiante, et la maladie de Thomsen.

Les atrophies musculaires sont subdivisées en trois chapitres : 1° *Atrophies par lésions des nerfs périphériques* (lésions traumatiques et névrites) 2° *Atrophies par lésions des centres nerveux* (Poliomyélites aiguës et chroniques, atrophies occasionnés indirectement par des lésions nerveuses, telles que la névrite ascendante, l'atrophie rétrograde des nerfs, et les amyotrophies réflexs — enfin les amyotrophies congénitales (pied bot entre autres) — 3° *myopathie primitive progressive.*

Les altérations des muscles dans les maladies générales, et dans les empoisonnements sont longuement traitées ainsi que les myosités aigus et chroniques et la myosité amifiante.

La tuberculose musculaire comprend la forme radulaire, la myosité tuberculeuse et la myosité scléreuse.

La syphilis des muscles se présente sous trois formes : Gommes, myosité diffuse et forme scléride gommeuse.

Les parasites musculaires étudiés sont : les échinocoques, les cysticoques, la trichine, les sarcosparitris.

Les tumeurs des muscles comprennent : l'épithilioma, les myomes lisses et striés, les fibrômes, sarcômes, lipômes, ostéômes, chondrômes angiômes et kystes.

M. Joly traite les altérations des globules rouges et les globules blancs, (diamètre, nombre, volume, consistance, altérabilité, mobilité, réactions colorantes, apparition de noyaux), puis les anémies et les leucémies, quelques pages sont consacrés aux parasites animaux et végétaux du sang (paludisme), quelques autres aux altérations du plasma et du sérum.

Dominici décrit d'abord les éléments figurés du sang et la structure de la moelle osseuse normale.

L'étude du sang à l'état pathologique comprend l'étude de la polynucléose dans les infections aigus et chroniques, de la mononucléose et de l'hypoleucocytose.

Les modifications de la moelle osseuse à l'état pathologique comprennent : les réactions amyloïdes et lymphoïdes de la moelle du fait des injections ; et l'étude de la moelle dans les anémies, et dans la leucémie.

Gombault et Philippe étudient d'abord les éléments nerveux et les procédés de technique histologique qui ont une importance si considérable dans l'espèce puis les lésions alimentaires des cellules et des fibres survenus et de la névralgie.

Les figures de ce second volume sont de toute beauté, un grand nombre sont en couleur.

Les indications bibliographiques sont très nombreuses, elles occupent 39 pages du texte de M. Durante, 20 pages de celui de Jolly, et 5 pages de celui de Dominici.

Ce second volume a une valeur au moins égale à celle du premier volume.

Dr H. Chaput.

Nlle Imprimerie. E. Lasnier dir., 35-37, rue St-Lazare. Paris *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Maladies pestilentielles exotiques en 1901. — Proust a présenté à l'Académie, en son nom et en celui de M. le Dr Faivre, un rapport sur les maladies pestilentielles exotiques en 1901. La plus grande partie de ce travail est naturellement consacrée à la peste.

Comme en 1900, la peste a sévi dans les cinq parties du monde et avec la même intensité. Sans abandonner aucun de ses foyers principaux, elle s'est manifestée dans un certain nombre de localités où elle s'était déjà montrée pendant les années précédentes, et a poussé sur quelques points des ramifications nouvelles. Il semble que, d'une façon générale, elle soit demeurée stationnaire sans tendance marquée à la regression ou à l'accroissement. Sa distribution géographique a été la suivante :

Asie. *Indes* : Bombay, Kuratchee, Présidence de Bombay, Etat de Mysore, Madras, Présidence de Madras, Calcutta, Présidence du Bengale, Bénarès, gouvernement de Pendjad, Etat de Cachemir. — *Indo-Chine* : Etat de Perak, Singapour. — *Siam* : Tongak. — *Chine* : colonies de Hong-Kong et de Macao, Amoy, Canton, Fou-Tchéou, Nicou-Tchouang, Chang-Haï; Poan. — *Japon* : Formose. — *Philippines* : Manille. — *Perse* : Zeistan. — *Turquie d'Asie* ; Bassorah, Bagdad, Smyrne, Samsoun.

Afrique. *Egypte* : Alexandrie. Zagazig, Minieh, Mansourah, Port-Saïd, Mit-Gamr, Benah-il-Assal, Ziltah, Tantah. — *Mozambique* : Magude. — *Maurice, Réunion, Colonie du Cap* : Cape-Town, Port Elisabeth.

Amérique. *Etats-Unis* : San Francisco. — *Brésil* : Rio-Janeiro, Campos. — *Paraguay* : Assomption. — *Uruguay* : Montevideo. — *République Argentine* : Tucuman, San-Nicolas de los Arroyos, Buenos-Ayres.

Océanie. *Australie* : Queensland (Brisbane), Nouvelles Galles du Sud (Sydney), Australie occidentale (Perth). — *Nouvelle-Calédonie* : Nouméa. — *Iles Hawaï*.

Europe. *Russie* : District d'Astrakan, Odessa, Batoum. — *Turquie d'Europe* : Constantinople. — *Italie* : Naples. — *Portugal* : Porto. — *Angleterre* : Hull, Cardiff, Liverpool.

En ce qui concerne la France, la peste s'est montrée en 1901 particulièrement menaçante : il n'est pas passé au lazaret du Frioul, près Marseille, moins de quinze navires infectés, c'est-à-dire contenant des hommes ou des rats malades. De la relation détaillée de ces épidémies navales se dégage, de la façon la plus saisissante, la notion de l'importance du rôle joué par les rats comme agents vecteurs de la peste. La chose, certes, est depuis longtemps connue, mais jamais depuis le début de l'épidémie actuelle, elle n'était apparue avec autant d'évidence en ce qui concerne notre pays : seize navires contaminés se sont présentés en 1901 dans nos ports : un au Havre et quinze à Marseille, dont quatorze isolés au lazaret du Frioul. Sur ces seize navires, quatre n'ont présenté d'infection que parmi les rats du bord, mais sur presque tous on a trouvé des rats infectés.

Cette constatation du rôle du rat constitue, au point de vue de la police sanitaire maritime, un « fait nouveau » qui semble devoir entraîner une revision partielle du règlement. Le décret du 4 janvier 1896 en effet ne prévoit à bord des navires que la peste humaine. Or, n'est-il pas évident que la maladie, chez les rats, n'est pas moins dangereuse puisqu'elle peut se propager aux passagers et à l'équipage et que, par suite de l'exode des rongeurs, elle peut compromettre l'état sanitaire d'autres bâtiments ou des ports d'escale et d'attache.

Tout navire sur lequel auraient été trouvés des rats atteints de peste (diagnostic confirmé par la bactériologie) devrait être considéré comme infecté au même titre que s'il avait présenté des cas de peste humaine, et justiciable des mêmes mesures. C'est, en somme, ce qui s'est produit au Havre et à Marseille, et les dispositions prises par le service de la santé n'ont pas rencontré de résistance. Mais il n'est pas impossible d'en prévoir, et c'est pourquoi, maintenant que nous sommes en possession de données positives, il serait bon de mettre la réglementation sanitaire

d'accord avec les faits. Ce sera, espérons-le, l'œuvre prochaine d'une nouvelle conférence internationale, puisque les mesures de cet ordre sont prises de concert par les divers gouvernements.

Une autre considération dont l'importance n'est méconnue de personne se dégage aussi de l'étude des épidémies navales : c'est la nécessité de surveiller l'état sanitaire des rats et d'en poursuivre autant que possible la destruction.

L'avocat interjeta appel et, hier, le tribunal, après plaidoierie de Me Georges Rocher, et de l'intéressé lui-même, M. H..., a opiné dans le même sens que le juge de paix, mais en émettant des considérations, qui méritent d'être signalées :

« Attendu que toute partie non commerçante n'est tenue de communiquer que les pièces dont elle entend se servir ;

« Attendu que le médecin n'étant pas commerçant, il est d'autant moins tenu à la communication que cette communication pourrait porter atteinte au secret professionnel ;

« Que si M. H... peut prétendre à la communication des pièces, livres ou registres de T... et communiquées à l'expert nommé par le juge de paix, c'est seulement dans les conditions mises par le médecin à sa communication ;

« Que c'est donc à bon droit que le juge de paix a repoussé l'exception de communication de pièces. »

M. H..., qui avait soulevé cet incident, invoquait d'abord cet argument, c'est que les carnets de visite et livres de comptabilité étaient de la nature de ceux que la jurisprudence a qualifiés de papiers et registres domestiques pouvant servir de commencement de preuve par écrit, et ensuite, il soutenait que l'article 188 du Code de procédure civile sur le droit de communication de pièces était d'application générale et ne comportait pas d'exception au profit des médecins.

FELIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

MANUEL D'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Par V. CORNIL
Professeur à la Faculté de médecine, Membre de l'Académie de médecine, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

L. RANVIER
Professeur au Collège de France, Membre de l'Institut Membre de l'Académie de médecine

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

A. BRAULT
Médecin de l'hôpital Lariboisière, Chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine.

M. LETULLE
Professeur agrégé à la Faculté de médecine, Médecin de l'hôpital Boucicaut.

TOME PREMIER

L. Ranvier. Généralités sur l'histologie normale. Cellules et tissus normaux. — V. Cornil. Généralités sur l'histologie pathologique. Altération des cellules et des tissus. Des inflammations. — A. Brault. Des tumeurs. — F. Bodançon. Notions élémentaires sur les bactéries. — Maurice Cazin. Lésions des os. Lésions du tissu cartilagineux. Anatomie pathologique des articulations. — V. Cornil. Des altérations du tissu conjonctif. Lésions des membranes séreuses.

1 vol. in-8 avec 369 gravures, en noir et en couleurs, dans le texte..... 25 fr.

TOME DEUXIÈME

G. Durante. Anatomie pathologique des muscles. — J. Jolly. Histologie pathologique du sang. — H. Dominici. Le sang et la moelle osseuse. — A. Gombault et C. Philippe. Histologie pathologique du système nerveux.

1 vol. in-8, avec 202 gravures, en noir et en couleurs, dans le texte..... 25 fr.

L'ouvrage complet comprendra 4 volumes

LA PROFESSION MÉDICALE, ses devoirs, ses droits, par G. MORACHE, Professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bordeaux, Membre correspondant de l'Académie de médecine. 1 vol. in-12, cartonné à l'anglaise..... 4 fr.

Traité Médico-Chirurgical de Gynécologie

par les Drs LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU

Volume grand in-8°, avec 323 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise, 2e édition..... 35 fr.

Ouvrage couronné par l'Académie des Sciences et l'Académie de Médecine

TRAVAUX ORIGINAUX

LES DILATATIONS DE L'ESTOMAC. — LEUR TRAITEMENT

par le Dr M. Soupault, médecin des Hôpitaux

Nous avons suffisamment insisté sur les différences profondes qui séparent entre eux les divers types de dilatations pour qu'il soit facile de comprendre qu'une même méthode de traitement ne saurait leur convenir à tous. Aussi, aurons-nous soin de décrire dans des paragraphes distincts la thérapeutique qui doit être appliquée à chacun d'eux.

Cependant pour éviter les redites, nous commencerons par faire l'exposé d'un certain nombre de prescriptions, ayant trait surtout à l'hygiène et au régime alimentaire, et qui conviennent à toutes les variétés de dilatations, comme d'ailleurs à toutes les variétés de gastropathies.

I. **Repos.** — L'estomac est peut-être, de tous les organes de l'économie, celui qui est le plus sensible et qui réagit le plus à toutes les influences nerveuses, locales ou générales. Il n'est pas douteux que celles-ci jouent un rôle des plus importants, non seulement dans les affections purement fonctionnelles, mais aussi dans les maladies organiques les mieux caractérisées, comme le cancer et surtout l'ulcère. Aussi, le médecin doit-il s'appliquer, de toutes les façons possibles, à diminuer l'excitabilité générale du système nerveux, et l'irritation locale de l'estomac.

Pour remplir la première indication, il importe avant tout, de prescrire *le repos*.

1° **Repos physique.** — Selon la variété de la maladie, l'intensité des symptômes, la violence des réactions, l'état nerveux général, l'irritabilité de chaque sujet, la durée de la maladie, etc., on ordonnera un traitement plus ou moins sévère. Dans les formes graves et prolongées, lorsque les symptômes locaux sont accusés, et surtout quand l'état général est sérieusement atteint, on doit exiger le repos complet au lit pendant plusieurs jours. Cette prescription suffit souvent à produire une notable sédation chez des malades qui ne pouvaient être soulagés par aucun autre moyen hygiénique ou thérapeutique. Il est très important que le repos au lit soit prolongé plusieurs jours après la sédation des principaux phénomènes qui, pendant quelque temps, ont une tendance à se montrer de nouveau.

2° **Repos moral.** — Le repos physique doit être accompagné du *repos moral.* Il ne faut pas laisser les malades travailler au lit, soit manuellement, soit de tête. Il faut leur éviter des visites trop nombreuses, des conversations trop suivies, les émotions et les préoccupations morales de toutes sortes.

Ces prescriptions peuvent être suivies à domicile dans un grand nombre de cas. Avec un peu de vigilance et d'autorité, le médecin réussit le plus souvent à obtenir des malades et de leur entourage la stricte observation de ce qu'il ordonne. Mais, trop souvent, il se heurte à des difficultés sans nombre, à l'indocilité des malades, à leur scepticisme, aux tentations perpétuelles qu'ils rencontrent dans le monde, à leur optimisme dès qu'une légère amélioration s'est produite, enfin encore et surtout à la faiblesse et aux mauvais conseils de leur entourage. Dans ces cas, il ne faut pas hésiter à exiger l'*isolement* dans un établissement spécial. Cette mesure radicale est souvent du plus heureux effet, et bien des malades en obtiennent un tel soulagement qu'eux-mêmes demandent à prolonger pendant longtemps leur séjour loin des soucis et des fatigues de leur existence habituelle.

Dans des cas moins sévères, il n'est pas utile d'adopter des mesures aussi rigoureuses. On conseillera seulement la prolongation des heures de repos au lit, entre onze et quinze heures, en recommandant d'éviter le reste du temps des occupations corporelles ou spirituelles trop fatigantes, la station debout ou la marche trop prolongée, les conversations trop longues et les discussions trop vives.

Enfin, dans bien des cas légers, il suffira de soustraire les malades à leur milieu habituel et à leurs occupations ordinaires, en prescrivant des vacances, des congés plus ou moins prolongés; ou simplement encore en conseillant une vie calme, sans surmenage.

Ainsi compris, le repos est chez tous les dilatés, comme chez tous les gastropathes en général, un moyen héroïque. Il ne faut pas considérer cette mesure d'hygiène comme un moyen accessoire dont il est bon d'user, mais dont on peut se passer. Nous n'hésitons pas à affirmer que c'est le moyen le plus important dont nous disposions et que, dans nombre de cas, il est bien supérieur à tous les autres. Il arrive bien souvent de voir des malades chez qui tous les traitements médicamenteux ou hygiéniques ont échoué et qu'on arrive à soulager et à guérir par une cure de repos. Réciproquement, tous les dilatés, à quelque classe sociale qu'ils appartiennent, voient fatalement leurs souffrances s'accroître et leur état général devenir plus mauvais sous l'influence de fatigues plus grandes et de préoccupations plus vives.

II. **Régime alimentaire.** — De même que le repos général diminue dans une forte mesure l'excitabilité générale du système nerveux, un régime alimentaire bien compris est indispensable pour obtenir la sédation des douleurs et des autres phénomènes gastriques. En cas de crise gastrique ou bien quand les douleurs sont très vives et surtout quand il existe des vomissements fréquemment répétés, il est souvent bon de prescrire la *diète absolue* pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, parfois même trois jours. La sensation de faim ne se fait pas d'ordinaire trop vivement sentir, mais la soif est assez vive.

Pour y porter remède, il suffit de faire soit des injections de sérum artificiel (250 à 500 c.c.), soit des lavements d'eau salée à 7 p. 100 (deux lavements de 250 c.c.), qu'on prescrira au malade de conserver. Nous ordonnons aussi des infusions de thé, de camomille, de tilleul. Nous ne sommes pas partisan des lavements nutritifs. Ils sont d'ordinaire mal tolérés; les malades bien souvent ne peuvent les garder plus de cinq à

dix minutes; dans un grand nombre de cas, ils provoquent des coliques et de la diarrhée. De plus, leur effet nutritif est problématique, si l'on en croit les expériences cliniques précises faites par différents auteurs. Pour notre part, après les avoir employés avec insistance, sur la foi des auteurs, nous y avons tout à fait renoncé.

Il n'est pas toujours nécessaire de prescrire l'abstention complète de toute alimentation buccale. Dans les cas moins sérieux, ou après une première période de jeûne, on prescrit le *régime lacté*. Selon les circonstances, on donnera le lait en petite quantité (un demi-litre ou un litre, par cuillerée à bouche ou tasses à café), ou en plus grande quantité (deux à quatre litres par grands verres). Le lait est parfois mal supporté, il donne de la constipation ou de la diarrhée, etc. ; il suffit parfois de l'aromatiser avec du café, du thé, de l'eau de fleurs d'oranger, du kirsch pour le faire accepter. L'eau de chaux, à la dose d'une cuillerée à bouche par verre de lait, en facilite aussi la digestion.

Lorsque les phénomènes gastriques sont amendés, on peut permettre l'adjonction au lait de farines alimentaires de toutes sortes, de pâtes, ou encore des purées de légumes claires sans beurre. Plus tard, on permettra des œufs crus battus dans du lait ou du bouillon, des crèmes de diverses natures, des glaces d'ordinaire bien supportées.

La viande crue hachée ou pulpée, ou la poudre de viande ne sont prescrites que si les aliments précédents sont bien tolérés et digérés. On en donnera d'abord une petite quantité, puis on augmentera si besoin est.

Enfin, si les troubles gastriques ne sont pas très prononcés, et que la dyspepsie soit légère, on se contentera d'ordonner le *régime d'exclusion* qui consiste à proscrire de l'alimentation tous les mets grossiers et irritants. Les malades devront s'abstenir d'abord de tous les aliments grossièrement divisés, ou laissant des résidus trop abondants. En règle générale, il faudra donner des aliments nourrissants sous un volume réduit. Les viandes ne seront pas trop cuites, les œufs seront mollets, les légumes secs ou verts, toujours réduits en purée, les fruits, cuits ou en compote passée. Les fruits crus sont défendus. Tous les aliments épicés, vinaigrés, les hors-d'œuvre, les condiments, les sauces grasses, les ragoûts, le beurre en trop grande quantité, les poissons gras, les fritures, les aliments fermentés tels que charcuterie, gibier et fromages seront soigneusement évités.

En ce qui regarde les *boissons*, il est bon d'interdire le vin, la bière, le cidre, tous les alcools et spiritueux. La meilleure boisson de table est l'eau pure ; nous conseillons souvent d'y ajouter le suc d'un demi-citron par verre de liquide. Les boissons chaudes sont aussi très utiles, le thé léger, le tilleul, la feuille d'oranger, la camomille, etc. Le lait pur ou coupé d'eau est aussi une excellente boisson.

Nous ne donnons ici que les prescriptions concernant la qualité des aliments, réservant pour chaque cas particulier ce qui a trait aux prescriptions quantitatives.

III. **Révulsion**. — Une autre méthode thérapeutique paraît convenir à tous les types de dilatations de l'estomac, c'est la révulsion sur la région épigastrique. On a conseillé, pour ce faire, des moyens de toute sorte, des pointes de feu, des vésicatoires volants, des cataplasmes sinapisés, des emplâtres et d'autres révulsifs plus ou moins violents. Nous ne connaissons pas de meilleur moyen que la compresse humide, tantôt chaude, tantôt froide, selon le tempérament et les aptitudes de chaque individu. La compresse froide, dite compresse de Priessnitz, consiste en un simple mouchoir plié en quatre et trempé dans l'eau froide. On l'applique sur le creux épigastrique et on le recouvre de taffetas gommé. On maintient le tout à l'aide d'un bandage de flanelle. L'impression de froid une fois passée, la compresse humide détermine une sensation de chaleur.

Quelques malades ne supportant pas le froid et ne pouvant réagir, on peut leur conseiller une compresse chaude. Pour maintenir cette chaleur Winternitz conseille de placer au-dessus de la compresse un serpentin dans lequel on fait circuler de l'eau à 40°. Tout récemment, M. Larat a présenté à la Société de Thérapeutique un petit appareil, le « thermoplasme électrique », qui utilise l'électricité pour chauffer une compresse souple. Il se compose d'une compresse chauffante, formée par des plaquettes de mica reliées entre elles par un fil souple et contenues dans une enveloppe d'amiante, recouverte elle-même d'un sachet de molleton. La compresse ainsi constituée affecte une forme rectangulaire. Elle est reliée par un fil souple à un régulateur thermique. Cet appareil peut être employé soit isolément (chaleur sèche), soit avec une compresse humide qu'il maintient indéfiniment à une température constante.

1. — Traitement spécial des dilatations d'origine pylorique.

Le traitement peut être médical ou chirurgical.

I. Traitement médical. — Le traitement médical doit être d'abord conseillé dans tous les types de la maladie. Il donne souvent, même dans les cas les plus sévères, des améliorations remarquables.

Nous savons que chez tous les malades de cette catégorie, les accidents n'évoluent pas régulièrement, avec uniformité : il y a, chez eux, si nous pouvons nous exprimer de la sorte, des hauts et des bas ; il existe des périodes d'exacerbation séparées par des périodes de rémission. Ces crises, plus ou moins longues et intenses, sont en grande partie sous la dépendance de l'irritation locale de l'estomac, mais sont souvent très influencées aussi par l'excitabilité du système nerveux général. Il faut s'appliquer, pour éloigner les crises, à soigner l'un et l'autre de ces deux éléments morbides.

Repos. — Toutes les indications du traitement local peuvent se résumer dans la formule suivante : il faut assurer le repos de l'estomac.

Régime alimentaire. — L'institution d'un régime alimentaire convenable est d'une importance capitale. Nous avons exposé plus haut en détail les règles à suivre à ce point de vue. Elles sont de tous points applicables à cette catégorie de malades. Selon la gravité des symptômes, on appliquera telle ou telle des prescriptions diététiques que nous avons énumérées.

Révultson. — La révulsion au niveau du creux de l'estomac, à l'aide des différentes méthodes que nous avons signalées, et surtout par la compresse échauffante de Priessnitz, mérite aussi d'être fortement recommandée.

Traitement médicamenteux. — Le traitement médicamenteux doit aussi avoir pour but de calmer toutes les causes d'irritation de l'estomac. Nous savons que l'*hyperacidité* du suc gastrique est la règle, qu'elle soit due à des acides de fermentation ou à de l'acide chlorhydrique en excès.

Alcalins. — Il est donc tout à fait indiqué de donner des *alcalins* pour saturer les acides du contenu gastrique. La méthode classique qui consiste à donner des alcalins quelques heures après les repas lorsque les malades commencent à ressentir des douleurs ne nous semble pas bonne pour tous les malades : elle suffit en cas d'hyperchlorhydrie simple, mais elle donne des résultats incomplets dans les cas de stase gastrique et de gas-

trosuccorrhée. Aussi en régle générale, nous préférons de beaucoup donner les alcalins de la façon suivante. Nous prescrivons le mélange :

Bicarbonate de soude.....	} ãã 50 centigr.
Craie préparée.....	
Sous-nitrate de bismuth.....	
Magnésie calcinée.....	0 gr. 25

pour un paquet.

Les malades, selon l'intensité des phénomènes subjectifs, selon le type de la maladie, selon le taux de l'hyperacidité et de l'hypersécrétion de leur suc gastrique, prennent toutes les deux heures, toutes les trois heures ou toutes les quatre heures un de ces cachets. On réussit à obtenir ainsi, dans presque tous les cas, une sédation de tous les phénomènes subjectifs et une amélioration très rapide et très marquée de l'état général. Le poids augmente aussi, et il n'est pas rare de voir engraisser les malades de trois ou quatre kilog. dans le premier mois de traitement. On assiste à une véritable résurrection. Ces heureux effets s'observent dans un très grand nombre de cas. Nous répétons qu'ils se produisent très rapidement. S'ils se font trop attendre, il est probable qu'ils ne se produiront pas et que, pour obtenir la sédation des accidents, il faudra recourir à l'intervention chirurgicale.

Pour ce qui est des modifications dans la sécrétion du suc gatrique, voici, très briêvement exposés, les résultats que l'on obtient. L'hypersécrésion diminue, plus ou moins. jusqu'à disparaître complètement : les résidus alimentaires sont moins abondants dans les cas de stase, et surtout le liquide qui les baigne est moins abondant et moins acide : en cas de gastro-sucorrhée simple, le liquide diminue toujours de quantité et quelquefois même disparaît tout à fait. Pratiqué à jeun, le cathétérisme, qui ramenait de 50 à 250 centimètres cubes et plus de liquide gastrique, reste quelquefois négatif et souvent ne ramène qu'un peu de liquide peu acide.

Mais, chose curieuse, le liquide du repas d'épreuve ne se modifie guère, ni comme quantité, ni comme qualité. L'hypersécrétion et l'hyperchlorhydrie digestives restent à peu près au même taux, sans que, d'ailleurs, il en résulte d'inconvénients pour le malade.

Quant à la dilatation d'estomac, elle diminue presque toujours de volume. Elle peut même, dans les cas légers, disparaître tout à fait.

Nous avont insisté à dessein sur les bienfaits très remarquables qu'on obtient de la médication alcaline d'abord pour en recommander très chaudement l'emploi aux praticiens, ensuite en raison des attaques injustifiées, à notre avis, dont elle a été l'objet.

C'est une médication impossible à remplacer, et dont les inconvénients sont nuls, si nous nous en rapportons à notre expérience personnelle. En effet, soit en ville, soit à l'hôpital, nous avons soigné plusieurs centaines de malades atteints de dilatations d'origine pylorique par les alcalins à haute dose et continués pendant des semaines et des mois, et nous n'en avons constaté que d'heureux effets.

Quant aux prétendus inconvénients attribués à l'abus de ces substances, nous sommes encore à en rechercher des observations nettes. Nous avons bien noté chez quelques malades un peu de diarrhée ou une soif un peu vive. Mais ces accidents légers n'ont pas eu de suite, et les malades qui les ont présentés ont bénéficié comme les autres d'une amélioration surprenante. La cachexie alcaline, qu'à la suite de Trousseau, on cite trop souvent, ne se montre jamais chez les malades dont nous nous occupons ici.

Que dire des eaux alcalines et notamment des eaux de Vichy, de Vals, de Pougues? Peuvent-elles remplacer les alcalins en nature? Leur sont-elles même préférables? Quelques auteurs les condamnent, et d'autres leur accordent une grande confiance. Nous croyons, quant à nous, que leur emploi peut être utile, mais à la condition de le régler judicieusement. Contre leur emploi, on peut alléguer leur faible minéralisation et la nécessité, pour donner des doses suffisantes d'alcalins, de faire boire aux malades une trop grande quantité de liquide. D'autre part, on sait que les alcalins donnés à doses faibles excitent plutôt la sécrétion qu'ils ne la diminuent. Ce sont là les deux arguments les plus sérieux contre les eaux minérales alcalines. On doit, croyons-nous, admettre en dernière analyse que ces eaux peuvent être employées avantageusement comme eaux de table, qu'elles doivent être employées en même temps que les cachets alcalins, mais qu'elles ne peuvent pas les remplacer. Quant aux cures minérales faites aux stations d'origine, nous n'en sommes que très rarement partisan, et dans des cas spéciaux.

Bismuth. — Quelques auteurs préfèrent à l'emploi des alcalins, qu'ils craignent, l'emploi du sous-nitrate de bismuth à haute dose sous forme de *lait de bismuth*. Cette médication, préconisée par Fleiner, et qui a rencontré en France nombre de partisans, consiste à faire prendre aux malades, soit par la bouche, soit par la sonde, 15 ou 20 grammes, *pro die*, de sous-nitrate de bismuth, délayés dans 250 grammes d'eau et en deux ou trois fois par jour. Les malades prennent cette potion au lit et se couchent dans différentes positions, afin de laisser déposer la poudre de bismuth sur la paroi interne de l'estomac de sorte qu'elle y forme une couche isolante, qui empêche l'action irritante et caustique du suc gastrique. De plus, d'après Fleiner, elle favoriserait la sécrétion de mucus qui agirait dans le même sens. Nous avons souvent employé, pour notre part, le lait de bismuth; sans en nier les bons effets, nous croyons son action inférieure à celle des alcalins donnés à haute dose.

Sulfate de soude. — Quelques auteurs, et notamment M. Glénard, attribuent au sulfate de soude une action d'arrêt sur la sécrétion chlorhydrique. M. Hayem et ses élèves préfèrent, à l'exemple des auteurs allemands, la cure par l'eau de Carlsbad (source Muhlbrunnen). On peut envoyer les malades à Carlsbad, mais on obtient aussi de bons résultats en faisant faire une cure à domicile. L'eau de Carlsbad ou le sel de Carlsbad peuvent être employés en nature. M. Hayem prescrit une solution artificielle :

Eau distillée	1 litre
Sulfate de soude	2 gr. 50 à 3 grammes
Bicarbonate de soude	2 —
Chlorure de sodium	1 —

On prescrit 250 grammes de cette solution d'abord, puis on augmente de 50 grammes par jour jusqu'à atteindre 500 grammes. L'eau est prise le matin, à jeun, en trois fois, par portions égales, à vingt minutes d'intervalle. Faire tiédir à 40°. Durée de la cure : vingt-cinq à trente jours.

L'effet de ce traitement serait de diminuer l'hypersécrétion et l'irritation gastriques, mais l'eau de Carlsbad n'agit guère sur le taux de l'acidité.

M. Hayem prescrit encore l'eau de Vichy (Célestins) tiédie au bain-marie et additionnée de 4 à 6 grammes de sulfate de soude. On donne un verre d'eau tous les matins pendant un mois. On peut aussi employer l'eau de Santenay, celles de Châtel-Guyon et de Saint-Nectaire.

Nous donnons volontiers aux hyperchlorhydriques cette cure. Mais c'est à titre de médication adjuvante, et surtout dans le but de combattre la constipation, que nous con-

sidérons comme favorisant la contraction du pylore par action réflexe. Elle ne peut remplacer, pour nous, la cure des alcalins. Nous prescrivons souvent chez les malades la formule suivante :

Phosphate de soude	5 grammes
Bicarbonate de soude	4 —
Sulfate de soude	3 —

pour un paquet, à dissoudre dans une bouteille d'eau d'Evian ; boire un grand verre de cette solution le matin à jeun. Son effet laxatif, malgré sa faible minéralisation, est très efficace chez les hyperchlorhydriques. Nous en prescrivons l'usage pendant environ dix jours par mois.

Huile d'olives. — Nous devons encore dire un mot de l'usage de l'*huile d'olives*, à la dose d'une ou deux cuillerées à bouche, à la fin de chaque repas, préconisée par les Allemands et notamment par Strauss et P. Cohnheim, d'abord dans le but de diminuer l'hypersécrétion et l'hyperacidité, puis dans le but de lubréfier le pylore. Nous l'avons employée avec insistance et nous avouons que les résultats obtenus sont insuffisants pour passer outre à la répugnance des malades. Actuellement nous y avons complètement renoncé.

Antiseptiques. — Il arrive, dans quelques cas, surtout lorsqu'il existe une stagnation alimentaire très prononcée, que les malades se plaignent d'odeurs fades dans la bouche, de l'émission de gaz nidoreux, et d'aigreurs ayant le goût de matières gâtées. Ces symptômes de fermentation sont d'ordinaire assez bien calmés par l'usage de quelques *substances antiseptiques :* l'acide salicylique et ses sels sont à conseiller ; nous prescrivons souvent le charbon végétal, ou des cachets ainsi composés :

Bétol	ãã 50 centigrammes
Salicylate de magnésie	

Trois cachets par jour.

Lavage d'estomac. — On abuse un peu *du lavage d'estomac* dans les dilatations par lésions pyloriques. Théoriquement, il semble très rationnel de débarrasser l'estomac des produits irritants qui l'encombrent, et cela le plus souvent possible. Dans la pratique, cependant, l'usage quotidien des lavages donne de mauvais résultats. D'abord le passage de la sonde est irritant : il provoque le péristaltisme stomacal et intestinal, et il excite la sécrétion gastrique. Les lavages ont encore l'inconvénient de soustraire à l'organisme une grande quantité de chlorures et souvent une grande quantité d'eau. Il en résulte des accidents sérieux, un grand affaiblissement, une soif vive, une exagération de l'amaigrissement, parfois des accidents plus graves, l'urémie et surtout la tétanie liées probablement à une véritable intoxication par insuffisance du lavage du sang et de la dépuration urinaire.

Voici la pratique que nous conseillons à cet égard.

En cas de grande dilatation avec stase, faire un lavage tous les deux jours, le matin à jeun, sans chercher à nettoyer complètement l'estomac, ce qui fatigue beaucoup les malades et les affaiblit. On leur évite ainsi les douleurs, les vomissements, les régurgitations qui résultent de la réplétion trop grande de leur estomac. Pour parer aux inconvénients du lavage, nous avons l'habitude de faire une injection de sérum artificiel de 250 centimètres cubes, et un lavement médicamenteux biquotidien de 200 grammes de ce même sérum. On rend ainsi à l'organisme l'eau et les chlorures que le lavage lui a soustraits.

Lorsqu'il n'existe pas de stase, mais simplement de la gastrosuccorrhée, nous nous contentons de prescrire un ou deux cathétérismes par semaine. Il vaut mieux, comme

l'a fait observer M. Mathieu, se contenter de faire un cathétérisme sans lavage consécutif de l'estomac. Nous partageons absolument cette manière de voir, de même, dans beaucoup de cas, nous nous dispensons de passer la sonde à nos malades gastrosuccorrhéïques. Chez les hyperchlorhydriques simples, nous nous gardons absolument de toute intervention.

M. Mathieu conseille, chez les gastrosuccorrhéïques, de faire suivre le cathétérisme évacuateur, de l'introduction par la sonde d'une certaine quantité de poudre de viande. Nous avons souvent employé cette méthode avec succès chez les malades amaigris et cachectisés.

Massage. Electrisation. — Nous mentionnons, seulement pour les repousser, le massage et l'électrisation qui donnent de très mauvais résultats chez tous les malades de cette catégorie.

L'état de l'intestin doit être surveillé avec soin. On doit cependant éviter l'usage trop répété des *purgatifs*. En tout cas, il ne faut prescrire que les purgatifs doux et surtout le sulfate de soude, et l'huile de ricin. L'emploi des *lavements* et surtout des *grands lavages* d'intestin avec un litre à un litre et demi d'eau bouillie tiède est préférable et donne de meilleurs résultats.

Traitement général. — Les moyens locaux que nous venons d'énumérer sont, le plus souvent, suffisants pour amener la sédation des symptômes dyspeptiques. Mais parfois, il faut compter avec un état d'excitabilité du système nerveux qui joue un rôle important dans la reproduction et la prolongation des crises. On peut employer dans ces cas toute la série des médicaments nervins. Mais nous nous contentons, le plus souvent, de prescrire le bromure de calcium à la dose de 2 ou 3 grammes par jour que nous formulons en solution. Nous donnons aussi la codéine, ou la dionine que nous associons aux alcalins, de façon à en administrer environ 5 à 6 centigrammes par jour.

Le repos est un excellent sédatif du système nerveux. On se reportera à ce que nous en avons dit plus haut.

Hydrothérapie. — Enfin l'*hydrothérapie*, de préférence l'*hydrothérapie tiède*, rend souvent de grands services. Nous nous sommes bien trouvé de l'usage des bains chauds prolongés à 37 ou 38° tous les jours ou tous les deux jours.

Les différents traitements que nous venons d'exposer sont particulièrement appliquables aux périodes de crises. Il est très utile d'en prolonger l'emploi longtemps après la disparition des phénomènes dyspeptiques, qui, si l'on cesse trop tôt, ont vite reparu.

A distance des crises, il sera bon de maintenir une hygiène alimentaire sévère, et d'éviter toute excitation cérébrale et tout surmenage physique, facteurs très importants des exacerbations.

II. Traitement chirurgical. — Lorsque le traitement médical donne des résultats insuffisants, il faut sans hésitation, et *dans toutes les formes de dilatation d'origine pylorique*, recourir au traitement chirurgical. Voyons les différents cas qui peuvent se présenter.

Chez les grands dilatés par rétrécissement organique fibreux ou néoplasique du pylore, on obtient assez rapidement une atténuation des symptômes; mais la guérison reste toujours incomplète. Les troubles locaux : douleurs, vomissements, aigreurs, renvois fétides, s'atténuent; l'appétit reparaît quelque peu. Mais l'état général reste défectueux et bien rarement les forces reviennent, et on constate une augmentation de poids. Cette différence dans l'évolution des symptômes locaux et généraux tient à ce fait que, si les causes d'irritation locale de l'estomac ont en partie disparu, l'obstacle anatomique siégant au niveau du pylore persiste, et que, les aliments ne trouvant pas un passage plus

facile dans l'intestin, les conséquences de l'inanition persistent. Chez ces malades, il n'y a pas à hésiter. Il faut opérer vite : le plus tôt possible est le mieux. Les contre-indications sont beaucoup moins fréquentes qu'on ne le croit, car on voit souvent chez des cachectiques se faire de véritables résurrections. Les seules contre-indications sont une extrême faiblesse du malade, des pertes de sang (hématémèses et melænas) très abondantes et répétées. Dans ces cas, il faut temporiser, chercher d'abord à obtenir la cessation des hémorragies, remonter les malades par des injections de sérum artificiel et des lavements alimentaires et intervenir dès qu'ils semblent avoir les forces suffisantes pour subir le choc opératoire. Enfin, lorsqu'il existe des troubles cardiaques ou pulmonaires, de l'albumine et des phénomènes de néphrite, en un mot des troubles indiquant des altérations graves des divers organes, il y a lieu de craindre encore que les malades ne résistent pas à l'opération.

Lorsque la sténose pylorique est incomplète et que les symptômes sont dus, moins à la lésion anatomique qui touche le pylore qu'à la contracture secondaire qu'elle provoque, ou bien encore *quand le spasme pylorique est seul en cause*, les résultats fournis par le traitement médical sont beaucoup plus décisifs. En très peu de temps, on voit l'amélioration se produire. Les douleurs s'atténuent jusqu'à disparaître, les vomissemens cessent, la dilatation rétrograde. En quelques jours, huit ou dix jours environ, les malades sont presque revenus à la santé. Parallèlement, les forces reviennent; le poids augmente souvent dans des proportions considérables. Il est bon de continuer le traitement longtemps après la cessation des accidents, un mois environ.

Cette amélioration, équivalant à la guérison, est très fréquente, mais elle n'est malheureusement pas constante. Quelques individus n'obtiennent aucun bien-être, d'autres ne sont soulagés qu'incomplètement. Beaucoup sont indociles et déclarent ne pouvoir longtemps suivre le régime imposé; et, à chaque excès alimentaire, ils sont repris de nouvelles crises. Parfois il arrive que les accès douloureux s'améliorent vite et complètement; sous l'influence du régime et du repos, tout semble rentrer dans l'ordre et la guérison paraît absolue; mais dès qu'une alimentation moins sévère est tentée, ou dès que les occupations spirituelles ou corporelles sont reprises, les accidents reparaissent.

Chez tous ces malades, il faut conseiller au plus vite une opération. Lorsque le traitement médical a été continué avec persévérance un ou deux mois sans résultat net, sans amélioration très appréciable, rien ne sert de prolonger l'expérience : l'intervention chirurgicale s'impose. Seule, elle peut mettre un terme à leurs douleurs et les ramener à la santé. Nous avons depuis plusieurs années recueilli quantité d'observations qui nous ont montré les excellents résultats qu'on peut ainsi obtenir et que nous allons résumer dans un instant.

Il nous reste à nous occuper d'une dernière catégorie de malades. *Ceux-ci, tout en étant soulagés complètement pendant un certain temps, ont de temps en temps, et pour ainsi dire périodiquement, quelles que soient les précautions prises, des rechutes.* Quelques-unes de celles-ci sont assez peu sérieuses, mais d'autres sont graves ; elles peuvent se compliquer d'hémorragies plus ou moins abondantes ; il n'est même pas très rare d'observer des perforations soit éclatant à grand fracas, soit évoluant à petit bruit et entraînant fatalement la mort des malades. Hémorragies et perforations se combinent souvent.

Chez certains individus, ces crises se reproduisent rarement. Il peut s'écouler six mois, une année ou plusieurs années entre elles. Quoique pouvant être surpris par une complication grave, ils ont, à la rigueur, une situation tolérable, à la condition de suivre un régime alimentaire sévère, de ménager leurs forces, de ne pas se livrer à des occu-

pations trop fatigantes. L'opération dans ces cas ne paraît pas indispensable, quoiqu'elle donne des résultats estimables en ce sens qu'elle permet une vie plus active et une hygiène alimentaire bien moins sévère.

Mais il arrive trop souvent que les crises éclatent avec fréquence, qu'à mesure que la maladie devient plus ancienne, les crises sont plus fortes et plus rapprochées, les rémissions plus courtes et moins complètes. Même à un certain moment, les crises devenant subintrantes, les douleurs avec ou sans vomissements sont incessantes. Chez les malades ainsi atteints, l'intervention sanglante est seule indiquée ; elle seule peut soulager. Les résultats qu'on en obtient sont d'ailleurs tout aussi complets que dans les formes précédentes.

En résumé, le traitement chirurgical nous paraît indiqué dans tous les formes de dilatation d'origine pylorique, chaque fois que le traitement médical que nous avons indiqué a été appliqué méthodiquement avec persévérance et a procuré aux malades des résultats insuffisants.

Un grand nombre d'opérations ont été proposées pour le traitement des dilatations liées à une sténose pylorique. Nous ne ferons que citer pour mémoire la *divulsion digitale du pylore et de la pyloroplastie*. Les résultats qu'on en obtient sont insuffisants : la reprise des accidents après les opérations s'observe fréquemment.

Les deux méthodes chirurgicales qui seules paraissent devoir être conservées sont : la *gastro-entérostomie* et la *pylorectomie*.

La *gastro-entérostomie* est indiquée dans tous les cas de *sténose bénigne du pylore d'origine extrinsèque* ou *intrinsèque*.

Elle convient aux ulcères fibreux sténosants, à toutes les variétés d'ulcère du pylore ou de lésions pyloriques intra ou extra-stomacales qui s'accompagnent du syndrome pylorique, probablement en provoquant le spasme ou la contracture du sphincter. Les bons effets de cette opération peuvent s'expliquer de la façon suivante : le passage des aliments par le pylore irrite les lésions situées au niveau de cet orifice et en provoquent le spasme et la contracture. La couche musculaire de l'estomac, pour chasser son contenu, se contracte fortement. Il en résulte une crampe qui s'accuse par de la douleur, et si l'obstacle n'est pas vaincu, par des vomissements. La gastro-entérostomie créant au contenu stomacal une voie de dérivation, permet à l'estomac de se vider, même si le pylore se contracture encore. Il est possible, il est même probable que le pylore livre encore passage aux aliments, mais il n'est pas la seule voie ouverte et s'il oppose de la résistance, les aliments peuvent néanmoins passer dans l'intestin.

On peut résumer de la façon suivante les résultats de la gastro-entérostomie.

Les troubles fonctionnels disparaissent : les douleurs, les vomissements, les aigreurs cessent. Parfois, il existe pendant un certain temps une légère sensation de pesanteur qui ne persiste jamais bien longtemps. L'appétit renaît. Les selles se régularisent. L'état général s'améliore aussi considérablement et très rapidement. Les forces renaissent, le poids du corps augmente dans des proportions considérables. L'anémie disparaît.

La dilatation se modifie dans des proportions très variables. Lorsqu'elle est de peu d'importance, elle disparaît tout à fait. Lorsqu'elle est considérable et surtout lorsqu'elle est de longue date, l'estomac revient bien un peu sur lui-même après l'opération, mais souvent cette réduction de volume est de peu d'importance et en tout cas il faut un certain temps pour qu'elle soit appréciable. On dirait que les parois gastriques ont été forcées et qu'elles ne peuvent plus se rétracter sur elles-mêmes.

La stase s'atténue toujours, mais elle ne disparaît que lentement. Presque toujours, pendant les premiers mois, la sonde ramène des débris alimentaires mêlés de liquide

bilieux. Cependant, avec le temps, la stase tend à s'atténuer, et finit par disparaître dans certains cas.

La sécrétion gastrique est heureusement modifiée, mais d'une façon très inégale. Les liquides de stase, mêlés ou non de résidus alimentaires, sont d'ordinaire bien moins acides. Les liquides du repas d'épreuve tantôt présentent la même composition qu'avant l'opération, tantôt sont d'une acidité bien moins élevée. Il est difficile de donner de ces différences une explication suffisante. Evidemment l'état des glandes gastriques joue un grand rôle. Mais ne peut-on pas aussi faire intervenir le retour de la bile dans l'estomac. On sait que ce reflux de la sécrétion pancréatique et biliaire dans l'estomac est extrêmement fréquent. Mais la quantité de liquide qui envahit l'estomac est variable ; tandis que, dans certains cas, le contenu gastrique est vert purée de pois, dans d'autres, il est simplement teinté. Or, nous avons souvent remarqué, dans nos analyses, que les liquides du repas d'épreuve étaient d'autant plus hypochlorhydriques qu'ils étaient plus fortement colorés par la bile.

On sait que certains auteurs considèrent le retour des liquides duodénaux dans l'estomac comme troublant la digestion stomacale et constituant une condition défavorable. Il a même été proposé un certain nombre de méthodes opératoires pour éviter ce phénomène. Pour notre part, nous le considérons plutôt comme favorable. En neutralisant le contenu gastrique, la bile diminue l'excitation stomacale et contribue à amener la sédation des troubles dyspeptiques.

Nous devons discuter en quelques mots l'opinion des médecins, trop nombreux encore à l'heure actuelle, qui considèrent la gastro-entérostomie pour sténose fibreuse comme une opération grave. Tel n'est pas notre avis. Pour apprécier le taux de la mortalité opératoire dans ces cas, il faut, des statistiques, retrancher tous les cas de gastro-entérostomie chez les cancéreux, d'abord en raison de la fragilité plus grande de ces malades, en second lieu parce qu'ils sont trop souvent opérés dans un état de cachexie avancée. D'autre part, si l'on étudie les statistiques globales de gastro-entérostomies, on voit que la mortalité tend constamment à s'abaisser. Au début, la technique opératoire étant mal réglée, les chirurgiens étant inexpérimentés, la mortalité a été très grande, puis, peu à peu elle s'est abaissée et on peut dire qu'actuellement, cette opération, entre les mains d'un chiurgien expert en la matière, est une opération très bénigne. Nous avons, pour notre part, fait opérer depuis trois ans 35 malades atteints de sténose bénigne, avec 34 guérisons.

Le seul cas de mort a trait à un homme de soixante-dix ans, atteint de rétention d'urine deux jours avant l'opération, et mort de phénomènes d'urémie pulmonaire et cérébrale le lendemain même de l'opération.

La gastro-entérostomie est souvent pratiquée aussi chez des malades atteints de *sténoses malignes du pylore*, toutes les fois que la tumeur gastrique est inextirpable, soit par suite d'un mauvais état général, soit à cause des adhérences multiples contractées avec les tissus voisins, ou encore à cause de l'envahissement des ganglions du péritoine ou des organes voisins par la néoplasie. L'opération donne dans ces cas des résultats très satisfaisants. On assiste à la disparition des symptômes dyspeptiques, et à un relèvement souvent très remarquable de l'état général Le poids du corps augmente souvent aussi dans des proportions considérables. Malheureusement ces résultats ne sont que temporaires. Au bout d'un temps variant entre trois mois et vingt mois, le malade dépérit à nouveau. Il est remarquable toutefois que les symptômes dyspeptiques ne reparaissent pas ou du moins se montrent très peu intenses. C'est par cachexie, par intoxication générale que la mort survient : le malade s'éteint lentement, sans douleurs.

Quand le diagnostic du cancer a pu être fait assez tôt, on peut pratiquer *la pylorectomie*. Celle-ci, qui consiste dans l'ablation de la tumeur. doit aussi comprendre celle des ganglions voisins, le plus souvent infectés. C'est une opération beaucoup plus grave que la précédente, qui donne à l'heure actuelle une mortalité d'environ 25,4 0/0, malgré la très remarquable amélioration des statistiques dans ces quatre dernières années.

Quant à la survie ainsi obtenue, elle est évidemment très variable, selon l'époque où a été opéré le cancer. Dans les statistiques des chirurgiens, elle oscille, dans la grande majorité des cas, entre un et deux ans. Quelques malades ont survécu quatre à six ans et même huit ans après. Personnellement, je possède un cas opéré depuis trois ans et un cas opéré depuis quatre et demi, actuellement encore dans un excellent état de santé, quoique occupé à un métier fort pénible.

Les résultats obtenus après la pylorectomie sont sensiblement les mêmes qu'après la gastro-entérostomie. Les troubles fonctionnels disparaissent et l'état général s'améliore. La dilatation s'atténue sans disparaître. La stase, quoique moins marquée, persiste presque toujours. Quant à la sécrétion, elle reste pauvre avant comme après l'opération.

Dans deux cas personnels, la pylorectomie a été pratiquée pour un ulcus.

Les résultats éloignés ont été absolument comparables à ceux des opérés de gastro-entérostomie (1).

(*A suivre*)

---

(1) Extrait de *Les dilatations de l'estomac*, par M. Soupault, un vol. in-18, de la collection des *Actualités médicales*, Paris, 1902. J. B. Baillière et fils.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux.

Prophylaxie et traitement de la petite vérole, par le Dr VICENTE PULIDO (*La Union de los médicos titulares de España*, mai 1902). — Le Dr PULIDO termine son travail par les conclusions suivantes :

1° La petite vérole est une maladie infectieuse dont l'agent producteur n'est pas encore déterminé;

2° Cette ignorance n'est pas un obstacle à la prophylaxie, car la variole obéit aux lois générales des maladies infectieuses;

3° Cette maladie est évitable et destinée à disparaître;

4° Quelques individus jouissent d'une immunité naturelle, inexplicable; mais tous le sujets peuvent être immunisés par la vaccination;

5° Bien que le cowpox de la vache soit une maladie différente de la variole, la maladie légère que provoque son inoculation préserve de la variole;

6° L'immunité produite par la vaccine n'est pas permanente, il faut se faire revacciner tous les cinq ans au moins;

7° La vaccination peut se faire à n'importe quelle époque, même en temps d'épidémie:

8° Si on vaccine un varioleux, aucun trouble ne survient, on peut même ainsi parfois modifier le cours de la variole : quelques auteurs ont même recommandé ce procédé comme moyen de traitement.

F. BERINI.

Soufre dans la fièvre typhoïde (*Wratsch pratique* n° 24, 1902). — Après avoir expérimenté avec succès les fleurs de soufre dans la dysenterie suivant le procédé préconisé par Richmond, VOROSCHILSKY a eu l'idée d'employer le soufre dans la fièvre typhoïde. Il s'est servi du soufre chimiquement pur qu'on obtient par un lavage minutieux des fleurs de soufre. La dose a été pour les adultes de 1 gr. 25 toutes les deux heures : pour les enfants — de 0 gr. 30 à 0. 50. Les doses même très élevées — jusqu'à 12 grammes par jour, loin de provoquer la diarrhée la diminuaient au contraire et dans beaucoup de cas il y a eu même une légère constipation, de sorte que par la suite on a été obligé de recourir à des lavements.

Dès le deuxième ou troisième jour du traitement, on a pu constater que tous les symptômes prenaient un aspect moins grave ; l'amélioration n'a commencé à se manifester que 4 à 5 jours après qu'on a commencé le traitement.

Il va sans dire qu'à côté de ce traitement on n'avait négligé aucune des mesures d'hygiène et de diététique qu'on applique généralement, ainsi que des bains qu'on a administrés tous les jours. Il faut toutefois faire remarquer que dans les cas où pour une raison ou pour une autre, il a été impossible d'administrer des bains, la maladie sous l'influence du soufre évolua d'une façon plus favorable que d'ordinaire : la température baissait, les maux de tête disparaissaient. Il survenait un sommeil bienfaisant, l'appétit revenait et la guérison arrivait relativement vite.

Un certain nombre de malades ont accusé une amélioration du côté du ventre et de l'état général dès l'ingestion d'une dose de soufre. Le soufre a été administré jusqu'à la guérison complète. L'action bienfaisante du soufre s'explique d'abord par ce fait qu'il forme une sorte de couche qui préserve la muqueuse enflammée et ulcérée du canal intestinal contre l'irritation provoquée par le passage des matières fécales. Il faut en outre tenir compte de l'action probable exercée par le soufre sur les vaisseaux. On sait en effet qu'administré sous forme de pommade, il exerce une action vaso-constrictrice sur les vaisseaux cutanés, en même temps qu'il contribue à la formation du nouvel épiderme. Il est donc vraisemblable qu'il agit de même à l'intérieur du canal intestinal, c'est-à-dire qu'il diminue l'hypérémie en même temps qu'il contribue à la reconstitution de l'épithélium. On

connaît aussi les propriétés antiseptiques du soufre — toutes ces raisons expliquent suffisamment l'influence bienfaisante que le soufre exerce dans la fièvre typhoïde.

Ses inconvénients ne sont guère importants. D'abord il est absolument inoffensif (Buchheim a administré jusqu'à 22 grammes de fleurs de soufre par jour sans noter aucun symptôme dangereux) : tout se borne (après de fortes doses) à des selles moins consistantes, d'odeur désagréable, à du météorisme et à de légères coliques.

J. Roubleff.

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr Chassevant

Professeur agrégé à la faculté de Médecine.

Le rhumatisme chronique et son traitement, par A. Robin (*Bul. gén. de thérapeutique*, 15 juin 1902). — L'auteur à propos d'un cas de rhumatisme nerveux, reprend toute l'étude des malades de cette catégorie ; en procédant à un examen complet des échanges et des actes nutritifs, on reconnaît dans les cas types de la diminution des échanges respiratoires, des fermentations gastriques, lactiques, une mauvaise assimilation et une évolution anormale des échanges. Le traitement classique (iodure et salicylates), est donc fort insuffisant pour satisfaire à toutes ces indications.

On commencera par combattre les fermentations lactiques en prescrivant :

Fluorure d'ammonium.	0 gr. 20
Eau distillée	300 grammes

Deux cuillerées à soupe par jour, une au milieu de chaque repas.

Pour saturer l'acide lactique, un des paquets suivants à la fin du repas dans un peu d'eau :

Lactose	ãã 4 grammes
Magnésie calcinée.....	
Bicarbonate de soude..	
Craie préparée.....	6 gr.

Mêlez et divisez en douze paquets.

Pour combattre le rhumatisme, le matin au réveil et le soir au dîner, une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Arséniate de soude....	0 gr. 05
Iodure de potassium...	5 gr.
Eau distillée.....	300 gr.

A prendre pendant huit jours.

Pendant huit autres jours, on donnera du sidonal :

Sidonal.....	4 grammes
Eau.....	300 —

Deux cuillerées à soupe par jour, une avant chaque repas. On continue ainsi en alternant.

Pour tonifier le système nerveux, on alternera tous les huit jours les strychniques avec les glycérophosphates.

Comme traitement local, massage très doux, électricité, bains d'air chaud (Tallermann) ou de vapeur térébenthinés. Parmi les stations thermales, Bourbon-Lancy pour les manifestations douloureuses et subaiguës, Bourbon-l'Archambault dans les formes torpides, rendront de grands services. Les bains de boue sont de même indiqués, mais l'auteur conseille, avant d'y recourir, d'essayer leur efficacité chez le malade. On fera venir un sac de boue dans lequel on placera un membre malade : cette boue a été au préalable chauffée au bain-marie et additionnée d'eau mère de Salies-de-Béarn en cas d'articulations douloureuses, ou d'eau mère de Salins-du-Jura dans les formes torpides.

Au bout de 10 à 20 bains, le médecin sera fixé sur les effets probables de la cure à Dax ou Saint-Amand, par exemple.

E. Vogt.

Les médications thyroïdiennes du goître exophtalmique, par Gauthier (de Charolles) (*Journal des Praticiens*, n° 29, p. 459, 1902). — La médication thyroïdienne qui est efficace dans les goîtres simples à la condition que le goître soit de volume modéré, d'origine récente et chez un jeune sujet, a été expérimentée dans le goître exophtalmique.

On a fait observer — ce sont les partisans de l'hyperthyroïdation, que c'est un traitement irrationnel qui introduit dans l'organisme une substance qui s'y trouve déjà en excès et qu'il faudrait plutôt détruire. Les faits expérimentaux (de Ballet, d'Enriquez) ont d'ailleurs confirmé que l'administration de corps thyroïde chez les animaux pouvait reproduire la plupart des symptômes de la maladie de Basedow.

Cependant, en clinique, on a observé un assez grand nombre d'améliorations et même de guérisons du goître exophtalmique sous l'influence de la médication thyroïdienne et Gauthier, pour sa part, a obtenu d'excellents résultats de cette médication. Il faut seulement éviter l'emploi des préparations thyroïdiennes sèches ou de spécialités diverses dont l'état d'impureté est capable de provoquer du thyroïdisme par botulisme : on emploiera exclusivement les préparations de glande fraîche ou l'iodothyrine.

L'efficacité de la médication thyroïdienne dans le goître exophtalmique s'explique facilement :

Il existe d'abord des cas assez nombreux ou le goître exophtalmique marche vers le myxœdème (Babinsky, Sollier, Félix, Baldiwin). Dans ces cas l'utilité de l'opothérapie thyroïdienne est évidente.

Il y a aussi les goîtres qui se base dowifient, c'est-à-dire les cas où le goître vulgaire a préexisté plus ou moins longtemps au syndrome de Basedow. Ceux-là encore sont améliorés par la cure thyroïdienne qui amène la régression du goître vulgaire préexistant.

C'est du reste l'interprétation que P. Marie donne aux cas de goître exophtalmique où la médication réussit.

Enfin dans les cas de goître exophtalmique d'origine infectieuse (grippe, fièvre typhoïde, etc.), la médication réussit encore. On est conduit à admettre que dans ces cas l'ingestion de suc thyroïdien supplée au suc thyroïdien qui, étant adultéré, a perdu ses propriétés normales.

G. Lyon.

La suggestion dans l'alcoolisme chronique (*Thérapeutique Moderne russe*, n° 4, 1902). — Voici quelles sont à ce sujet les conclusions de Riga.

1° L'hérédité alcoolique notée chez un très grand nombre d'alcooliques peut ne pas être mise en ligne de compte — en ce qui touche le traitement par l'hypnotisme et le pronostic de ce traitement.

2° Les alcooliques sont très sensibles à la suggestion et à l'autosuggestion, le sommeil profond aussi bien que l'hypnose non profonde arrête dans l'immense majorité des cas, l'abus d'alcool — du moins pour un certain temps.

3° Il est préférable, pour arriver à une guérison stable, de provoquer un sommeil profond.

4° Toutes les formes d'alcoolisme sans exception sont susceptibles de guérir sous l'influence de l'hypnotisme.

5° Le traitement doit être mené systématiquement pendant un an, parfois pendant deux ans et même plus longtemps.

J. Roubleff.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement des traumas de l'abdomen, par M. Dandois, (*Revue Medicale*, Louvain, juin 1902). — On sait combien est délicate l'intervention dans les plaies pénétrantes de l'abdomen par coup de feu, instrument tranchant, etc. Des monographies nombreuses ont retourné dans tous les sens cette question épineuse. Mais la conduite du chirurgien, sans être absolument fixée dans tous les cas suspects, ne saurait prêter à l'hésitation lorsque tout concorde à prouver qu'il y a eu perforation des viscères de l'abdomen. En pareil cas, il faut la laparotomie *sans aucun délai*. La raison en est que les perforations demeurent béantes *pendant quelques heures*, sous l'influence de la stupeur qui suit le trauma, et qui abolit le péristaltisme. Si l'on ne s'empresse pas, étant appelé assez tôt, de mettre à profit cette période, l'intestin se remet en mouvement et laisse épancher son contenu dans la cavité péritonéale. C'est ce qui explique le peu de succès obtenu par les opérateurs qui ont essayé de temporiser.

L'observation que nous rapporte M. Dandois est fort intéressante à cet égard. Au mois d'avril dernier, à l'époque des grèves de Louvain, il eut à donner des soins à un homme qui avait reçu un coup de fusil Mauser dans le ventre. Les orifices d'entrée et de sortie indiquaient que le projectile avait traversé l'épigastre, directement de haut en bas. Le blessé n'avait rendu du sang, ni par la bouche, ni par l'anus, il n'offrait aucun symptôme inquiétant. Cependant, l'auteur, convaincu que l'intestin grêle avait été atteint dans un pareil trajet, se décida à ne pas remettre au lendemain et opéra au milieu de la nuit, trois heures après le trauma. Il trouva plusieurs perforations portant toutes sur l'intestin grêle et suivant le trajet exact suivi par le projectile. En outre, une artère mésentérique était prête à donner une deuxième hémorragie. Tous ces désordres furent réparés et les perforations intestinales, dont une seule était obstruée par une hernie de la muqueuse, furent enfouies dans des plis perpendiculaires à l'axe, qui rétrécissent moins l'intestin que les plis longitudinaux. Malgré la désapprobation tacite de l'entourage, l'opération était donc bien légitimée, car le malade se rétablit rapidement.

L'auteur insiste sur l'avantage qu'il y a, pour trouver les lésions facilement, à profiter du moment où elles sont comme figées à la suite du traumatisme. Il fait ensuite remarquer que les perforations de l'intestin grêle (en raison de la mobilité de l'organe et de la septicité du contenu, mêlé de bile) sont beaucoup plus périlleuses que celles de l'estomac, dont le contenu est plus ou moins neutralisé par l'acide chlorhydrique et celles du gros intestin, où les matières généralement concrètes, ont moins de tendance à s'épancher. On doit aussi s'informer de l'heure et de la nature des derniers repas, lorsqu'il s'agit de se décider à intervenir. Seules les perforations par des projectiles de 2 ou 3 mm. au plus

peuvent guérir spontanément, sans qu'il y ait de péritonite certaine à redouter, sous un traitement approprié. Il en est de même des plaies étroites par les objets pointus. Le médecin de campagne, dit l'auteur, après avoir lu beaucoup d'observations semblables à la sienne, renoncerait peut-être moins souvent à opérer, ou à faire opérer sans le moindre retard, malgré les difficultés matérielles qui l'entourent, les blessés chez lesquels des ruptures ou perforations de l'intestin grêle sont présumables, en comptant sur la guérison spontanée pour décharger leur conscience. Lorsque tout indique d'aussi graves lésions, il ne faut attacher aucune importance à l'absence de signes alarmants dans les premières heures qui suivent l'accident, puisque l'on sait qu'ils éclateront tout à l'heure avec une violence significative et que le succès de l'intervention sera dès lors bien compromis.

A. Benoit.

Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse, par le Dr A. J. Ochsner (*Amer. Surg. Ass.* 5 juin, 1902). — Malgré les avantages apparents que donne le traitement médical de la péritonite tuberculeuse, les statistiques n'accusent que des résultats assez médiocres. Le traitement chirurgical procurerait la guérison de 50 0/0 des cas considérés comme désespérés, le traitement médical donne 50 0/0 de guérisons pour tous les types. Ochsner formule les conclusions suivantes : Le traitement médical doit être continué pendant très longtemps et on ne doit pas changer de règle de conduite s'il se produit quelque amélioration. En l'absence de tout progrès, il est préférable d'opérer. Si la maladie est localisée à un organe qui peut être enlevé sans produire des dénudations étendues, il faut le faire. Lorsqu'il existe du liquide épanché il ne faut enlever aucun tissu. Les fistules intestinales sont en général le résultat d'une intervention chirurgicale poussée trop loin. Pendant la convalescence d'une opération, le traitement médical doit être surveillé de très près. Les cas dans lesquels il y a enkystement conviennent tout particulièrement au traitement chirurgical. Enfin, si cela est nécessaire, il faut opérer de nouveau.

L. Jumon.

Intervention chirurgicale dans les appendicites à forme diffuse (*Wratsch pratique*, n° 25, 1902). — Gorochoff, insiste tout d'abord sur ce point, que l'inflammation diffuse du péritoine, résultant d'une notable infiltration appendiculaire avec exsudat, constitue généralement une indication à l'intervention chirurgicale pendant la première semaine de la maladie.

Les symptômes souvent graves et se développant rapidement d'une péritonite maligne forcent à intervenir dès les premiers jours de la maladie, dès que le diagnostic a été fait, au plus tard le quatrième jour. Plus tôt vaut mieux : ceci est confirmé par la statistique des opérations et les procès-verbaux d'autopsies des malades non opérés.

Les malades présentant une grande quantité de pus ou une perforation, et chez lesquels on n'est intervenu que très tard, sont passibles des complications les plus inattendues et parfois les plus graves. Attendre trop longtemps l'enkystement du foyer suppuré, c'est faire courir au malade de très graves dangers.

Gorochoff rapporte 8 cas d'appendicite : 5 ont guéri, 1 s'est rétabli sans opération, 2 sont morts (l'un après l'opération.)

J. Roubleff.

Traitement opératoire de la périthyphlite (*Deutsche med. Wochenschrift*, 10 juillet 1902). — Le Pr Rinne cherche, dans son travail, à donner des indications opératoires que le praticien puisse aisément reconnaître : il reproche à la plupart des indications classiques une complication trop grande.

Personnellement, l'auteur n'est plus un partisan convaincu du traitement conservateur, depuis qu'à l'hôpital Sainte-Elisabeth de Berlin, où il dirige un service, il reçoit les malades des services internes qui ont inutilement suivi un traitement médical. Dans ces conditions il lui a été trop souvent donné d'observer des malades chez lesquels le traitement expectant n'a fait que calmer des accidents momentanés, et qui plus tard ont été brusquement atteints de complications des plus graves.

Il arrive aussi, dans les grandes villes, que des malades entrent dans des hôpitaux différents, à chaque crise, en sortent guéris après un traitement médical et finissent, au moment de complications graves, par entrer dans un service de chirurgie où ils succombent. Dans ces conditions, la statistique est profondément viciée et il n'est guère possible d'échapper à cette cause d'erreurs.

Un des grands inconvénients de l'appendicite, au point de vue du pronostic et des indications, consiste dans l'extrême variabilité des symptômes. Seuls peut-être le pouls et l'aspect général des malades sont caractéristiques : le pouls est rapide et mou, le visage pâle et défait quand la péritonite généralisée est imminente : un pouls plein et tendu parle en faveur d'un foyer circonscrit.

En règle générale, il faut opérer aussitôt que l'on soupçonne la présence du pus : on trouvera

toujours des lésions plus étendues qu'on ne pouvait l'espérer en tenant compte des symptômes.

Pour l'auteur, on ne doit admettre, pratiquement, que deux catégories de périty phlites : la forme légère et la forme grave. Dans la forme légère, on observe des douleurs, des nausées, des vomissements, quelques poussées fébriles, avec modification minime de l'état général : le pouls reste normal. Les accidents cèdent au bout de quelques jours : ils se présentent, à nouveau, dans la règle, au bout d'un temps plus ou moins long. Dans les cas de ce genre, l'auteur conseille d'opérer à froid, une fois la première récidive guérie.

Dans les cas graves, avec douleurs persistantes, fièvre, tumeur, irritation péritonéale, modification profonde de l'état général, on opérera de suite.

Sur 155 cas traités d'après ces principes, l'auteur compte 48 légers, avec 27 opérations à froid ; toutes ont bien réussi. Les 21 cas non opérés n'ont pas été revus après la première atteinte d'appendicite. Les 107 cas graves se divisent en 64 cas avec perforation ou gangrène de l'appendicite et abcès circonscrit ; tous, opérés de suite, ont guéri. Dans 43 cas, l'appendicite se compliquait de péritonite généralisée : parmi eux 15 cas avec péritonite septique aiguë sans exsudat fibrineux sont tous morts. Toutes les interventions opératoires ont échoué.

Les 28 autres cas ressortissaient à la péritonite progressive fibrino-purulente : dans ces cas, on trouve des foyers purulents disséminés un peu partout, mais avec tendance à l'encapsulement. Si l'on parvient à découvrir tous ces abcès et à les vider, la guérison est la règle. Il faut, au point de vue statistique opératoire, ne pas parler dans ces cas de péritonite *généralisée*, et réserver ce terme à la forme septique aiguë toujours mortelle.

Sur ces 28 malades, 18 guérirent. Les causes de mort ont été la cachexie, la thrombose, la pyémie, l'atonie cardiaque, etc.

L'auteur préfère l'incision latérale oblique : il enlève toujours l'appendice. On tamponne à la gaze dans tous les points où se trouve du pus. La plaie abdominale est recousue secondairement ; parfois, on la laisse se cicatriser spontanément : dans les opérations à froid, on pratique la suture à étages. L'auteur ne fait jamais d'irrigations.

E. Vogt.

Les kystes du mésentère, par G. Nallino (*Il Policlinico. Sect. chirurgica*, fas. 1-2, 1902). — L'auteur, à propos d'un kyste du mésentère, enlevé par lui chez une femme, étudie l'anatomie pathologique, l'étiologie, et la symptomatologie de cette affection. Pour le traitement il repousse la ponction du kyste, soit simple, soit suivie d'injection de subtances irritantes et caustiques (sublimé corrotif, iode, etc.) Il recommande comme méthode de choix l'extirpation totale, qui guérit complètement le malade sans danger de récidive ; néanmoins dans les cas où l'extirpation n'est pas possible à cause des adhérences, ou des hémorragies possibles, on aura recours avec de très bons résultats à la marsupialisation.

A. L. Percival.

Cancer du cœcum ; extirpation, guérison, par MM. Pujebet et Delfosse (*Journ. des sciences Méd. de Lille*, 12 juillet 1902). — Le cancer du cœcum latent, dont on nous rapporte ici un exemple, est assez rare, eu égard au total des cancers de l'intestin. Mais c'est bien sous cette forme latente que l'on observe son développement dans la plupart des cas, contrairement à ce que pensent les rapporteurs de ce cas, qui provient de la clinique de M. Duret. Ce qui est rare en effet, c'est de le voir se révéler comme il le fut ici, par une hémorragie de sang rutilant, hémorragie syncopale et anémiante. Le malade, un homme de 39 ans, fut trouvé porteur d'une grosse tumeur de la fosse iliaque droite, dont l'extirpation fut décidée, le diagnostic de cancer ayant été posé, sans doute sur la tendance plusieurs fois répétée aux hémorragies qu'avait présenté le malade ; car il y avait, somme toute, bien peu de signes et l'on pouvait avoir affaire à la tuberculose iléo-cœcale chronique. L'ablation du cœcum et de 10 cent. d'intestin grêle fut pratiquée ; le chirurgien eut une certaine peine à le décoller de la fosse iliaque dans laquelle il s'était creusé une loge profonde. On put sectionner l'intestin en haut et en bas, entre deux pinces-clamps en pleins tissus sains, après avoir lié le mésentère en plusieurs paquets. Puis l'iléon fut abouché à plein canal avec le colon ascendant par trois plans faits à la main avec de la soie fine, continus pour la muqueuse et la séro-musculeuse, à points séparés pour la séro-séreuse. Lit de gaze iodoformée autour des sutures et drainage par le ventre et les lombes. Pendant quelques jours, écoulement stercoral qui finit par se tarir et guérison rapide. Depuis, retour de l'embonpoint et des forces.

A. Benoit.

Traitement chirurgical des phlegmons et abcès péri-ano-rectaux, par le Dr E. Riboz y Riboz (*Revista de Ciencias Médicas de Barcelona*, n° 4, 1902). — Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° Le traitement doit être précoce dans les phlegmons et abcès péri-ano-rectaux, pour évi-

ter l'extension du processus à la fosse ischio-rectale et à la gaine hypogastrique;

2° La simple incision suffit dans les abcès tubéreux ou les furoncles de l'anus;

3° Dans les abcès sous-cutanés muqueux, on doit inciser la peau et la muqueuse décollée en dedans du sphincter;

4° Dans les abcès de la fosse ischio-rectale, de l'espace pelvi-rectal supérieur ou de la gaine hypogastrique, l'incision doit être large; elle recherchera les culs-de-sac qui pourraient exister, de manière à mettre à découvert la cavité et n'oublier aucun cul-de-sac;

5° Dans deux cas seulement, on doit inciser le rectum et son sphincter; *a*) quand le rectum est perforé; *b*) quand il existe un diverticulum très haut situé en dessous de la muqueuse du rectum;

6° Quand il s'agit d'un phlegmon diffus, on doit inciser aussi largement que possible, sans tenir compte du nombre d'incisions : ici la gravité est tellement imminente que la section du sphincter ne doit pas préoccuper le chirurgien. Tout est envahi et, par conséquent, tout doit être mis à découvert pour établir un bon drainage.

F. Berini.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Médecin des hôpitaux

Sur quelques cas d'angines à tétragènes, par Carrière. (*Revue de Médecine*, n° 6 p. 510, 1902). — Les angines à tétragènes ont été signalées par Dieulafoy et Appert; mais il semble que dans leurs cas il s'agissait d'infections tétragéniques généralisées avec localisations secondaires sur la gorge.

M. Carrière a observé des angines primitives à tétragène chez un certain nombre d'enfants.

Ces angines affectent un type érythématopultacé ou un type diphtéroïde et pultacé. Elles n'ont rien de bien caractéristique comme symptômes; elles guérissent habituellement en un court laps de temps (trois jours); leur pronostic est essentiellement bénin.

Comme traitement, employer les badigeonnages à l'eau oxygénée à dix volumes, les lavages de la gorge.

G. Lyon.

Traitement de l'angine folliculaire (*Therap. Monatshefte*, juin 1902). — Kassel recommande de badigeonner deux fois par jour avec de la teinture d'iode pure les amygdales. Il a adopté cette méthode à la suite du fait suivant: un malade se badigeonna les amydales avec de la teinture d'iode pure au lieu d'employer le topique prescrit par l'auteur : l'amygdalite fut rapidement enrayée.

Chez une malade qui présentait à chaque époque menstruelle une poussée angineuse, un badigeonnage quotidien, pendant un mois, à la teinture d'iode, supprima les accidents ayant jusque-là régulièrement apparu. La guérison date de six mois.

E. Vogt.

Traitement de l'estomac en sablier, B. G. A. Moynihan (*The Edinburgh med. J.*, juin 1902). — Le traitement de l'estomac en sablier offre beaucoup de difficultés. Si le rétrécissement se trouve près du cardia ou si la portion qui confine au cardia est fixée par des adhérences, il peut y avoir des obstacles mécaniques considérables à l'opération. On doit d'abord faire un examen complet de tout l'estomac lorsqu'on ouvre l'abdomen. La dilatation pylorique peut avoir une telle ressemblance avec l'estomac tout entier qu'on peut être conduit à faire une gastro-entérostomie entre cette partie dilatée et une anse du jejunum. On a ainsi rapporté plusieurs cas dans lesquels cette erreur a été commise, il est donc nécessaire d'examiner entièrement l'estomac depuis l'orifice du cardia dans tous les cas.

Une simple opération ne suffit pas toujours à dissiper les symptômes. Cela tient à ce fait qu'à côté d'un rétrécissement siégeant sur le corps de l'estomac on en trouve un second siégeant au pylore. Lorsque la partie pylorique est dilatée, il existe certainement une sténose du pylore ou de la première portion du duodénum. Cette double sténose en ne recevant pas l'attention qui lui est due est la cause des insuccès opératoires dans beaucoup de cas. Si, en pareille circonstance on pratique une gastro-entérostomie entre la dilatation du cardia et le jejunum, la dilatation pylorique devient un réservoir incapable de se vider suffisamment de son contenu qui subit la fermentation putride. Si l'on pratique la gastroplastie, l'estomac ne peut se vider de lui-même à cause de la sténose pylorique et les symptômes persistent. Il est donc nécessaire de faire deux opérations en même temps, une gastroplastie avec une pyloroplastie, une gastroplastie avec une gastro-entérostomie sur la poche pylorique ou une double gastro-entérostomie, en ouvrant en deux points une anse du jejunum, à la partie supérieure dans la poche du cardia, à la partie inférieure dans la dilatation du pylorique. Avant d'ouvrir le sac pylorique pour établir l'anastomose, il peut être néces-

saire de le vider à l'aide d'un trocart ou de le laver à l'aide d'un tube de caoutchouc introduit au niveau de la future anastomose.

Les opérations qui peuvent être pratiquées sont : la gastroplastie, la gastro-gastrostomie ou la gastro-anastomose, la gastro-entérostomie, la gastrectomie partielle. On peut également ajouter à celles-ci la pyloroplastie ou la gastrolyse.

Le choix de l'opération dépend nécessairement des lésions trouvées. S'il existe deux poches pendantes, on fera la gastro-gastrostomie. Si la poche pylorique est petite et la poche cardiaque volumineuse, on choisira la gastro-entérostomie sur cette dernière. Lorsqu'il existe un ulcère adhérent à la paroi abdominale et qu'en rompant les adhérences une fistule se trouve ouverte, on excise les bords de l'ulcère et on pratique la gastroplastie. La gastrectomie partielle est réservée pour les tumeurs malignes.

S'il est nécesaire de drainer les deux poches, on peut faire une double gastro-entérostomie ou une gastro plastie suivie d'une gastro-entérostomie.

Dans les observations publiées par l'auteur, il existait deux cas de tumeurs malignes, douze autres cas étaient simples. De ces douze cas dus à l'ulcère simple, trois succombèrent, l'un de septicémie par suite d'un prolapsus rectal qui s'enflamma et donna lieu à une thrombose septique de la veine mésentérique. Le second succomba à une pneumonie, le troisième mourut d'anurie le quatorzième jour.

Des deux cas de tumeur maligne, l'un succomba le quatrième jour dans le collapsus, l'autre survécut bien qu'il fût considéré comme désespéré.

L. Jumon.

Indications et valeur de la gastro-entérostomie dans l'ulcère simple de l'estomac par Hayem (*Journal de Médecine interne*, n° 16 p. 153 1902). — Pour certains chirurgiens il faut opérer toutes les fois qu'une affection gastrique non cancéreuse résiste au traitement médical. Cette formule est acceptable, sous la réserve que l'intervention soit parfaitement légitimée et nettement indiquée.

Occupons-nous exclusivement de l'intervention chirurgicale dans l'ulcère chronique non compliqué.

Tout d'abord il y a lieu de remarquer qu'il ne peut être question d'intervenir chirurgicalement dans un ulcère récent, à moins qu'il ne s'accompagne de graves complications. Ce qu'on appelle la *cure radicale* de l'ulcère ne s'applique qu'à l'ulcère chronique, aussi dénommé ulcère récidivant.

Il s'agit dans ce cas, non pas d'un processus en voie d'évolution, mais d'une lésion achevée, éteinte, consistant en une perforation complète de la paroi stomacale, bouchée par une lame épiploïque ou par un organe voisin. On peut comparer cet ulcère chronique à une voie d'eau d'un navire plus ou moins bien calfatée, ou à un habit rapiécé.

La paroi stomacale a perdu sur une étendue plus ou moins considérable, sa constitution normale et elle est remplacée par un tissu attaquable par les sucs gastriques. Bien souvent le passage de l'ulcère à l'état chronique tient à un traitement mal dirigé ou commencé trop tard.

Lorsque le processus a gagné la profondeur, c'est alors que se forment les perforations indélébiles représentant ce qu'on appelle l'ulcère chronique.

Chronique, l'ulcère est une maladie d'une extrême gravité, incompatible avec l'exercice d'une profession manuelle et exposant aux accidents mortels : hémorragies foudroyantes, perforations, péritonite, sténose pylorique, enfin transformation cancéreuse. La maladie procède par crises dans l'intervalle desquelles la santé peut être bonne et donne un calme trompeur. Or, le traitement médical ne s'adresse qu'aux symptômes d'intolérance : tels que douleur, vomissement, hématémèse, mais n'a aucun effet direct sur la lésion elle-même. Aussi, lorsque l'ulcère a la forme chronique, la survie n'est jamais bien longue.

La résection est abandonnée parce qu'elle ne guérit pas radicalement et qu'elle est beaucoup plus grave que la gastro-entérostomie.

Le résultat de cette dernière opération se borne à abréger la durée du chimisme stomacal; or, en rendant l'évacuation plus facile, on abrège la durée du contact de la plaie avec le suc gastrique hyperacide.

En effet, le cycle digestif étant raccourci, ce que M. Hayem a appelé « l'hyperchlorhydrie tardive ou par rétention » diminue et les chiffres qui expriment l'acidité totale et l'HCl libre peuvent être moins élevés.

Il est à remarquer toutefois que les qualités fondamentales du suc sécrété restent les mêmes, que les lésions glandulaires ne sont pas modifiées par la gastro-entérostomie. De sorte que, si les résultats immédiats sont, à la vérité, remarquables dans la plupart des cas, les malades pouvant s'alimenter, boire à leur guise, reprendre, par conséquent du poids et des forces, il n'en est pas moins vrai qu'ils gardent une plaie béante susceptible aussi bien qu'avant l'opération de saigner et de se perforer. M. Hayem a vu des malades bien restaurés en apparence,

succomber ultérieurement aux diverses complications de l'ulcère simple, y compris la transformation cancéreuse. En somme, la gastro-entérostomie n'arrête pas le processus ulcéreux : elle procure aux malades, d'après les faits connus, à l'heure actuelle, un bénéfice de 2 à 4 années.

La gastro-entérostomie n'est pas par elle-même dépourvue de danger, puisqu'elle donne une mortalité d'environ 20 0/0.

G. Lyon.

Appareil pulmonaire

Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de l'hémoptysie par A. Robin (*Bul. gén. de thérapeutique*, 30 juin 1902). — Avant tout autre traitement, faire au niveau de la paroi abdominale une injection de 20 cc. de la solution suivante :

Gélatine.....	20	grammes
Chlorure de sodium...	7	—
Eau Q. S. pour un litre.		

Répéter l'injection tous les jours, même, au besoin, deux fois par jour;

A l'intérieur, l'ergotine :

Ergotine Bonjean.....	4	grammes
Acide gallique.....	0	gr. 50
Sirop de térébenthine..	30	grammes
Hydrolat de tilleul....	120	—

Une cuillerée à soupe toutes les 2 heures.

Aux heures intercalaires, on donnera par cuillerée à soupe :

Chlorure de calcium..	4	grammes
Sirop d'opium.....	30	—
Eau.....	120	—

Si cette médication reste inefficace, on donnera 4 grammes d'eau de Rabel dans un litre d'eau bouillie en 24 heures, et en cas de nouvel échec, des pilules de poudre de digitale et ipéca, àà 0 gr. 05, cinq à six par jour. Si le malade est dyspeptique, ces pilules ne seraient pas supportées et il faudra les remplacer par la potion suivante :

Perchlorure de fer....	2	grammes
Eau bouillie.....	120	—
Sirop de sucre.....	30	—

Une cuillerée à soupe toutes les 2 heures, à alterner avec l'eau de Rabel.

E. Vogt.

Endocardite septique guérie par des injections argyriques intraveineuses. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 17 juillet 1902). — Klotz donne l'observation d'une femme de 27 ans, atteinte d'angine tousillaire, à la suite de laquelle se développa un état septicémique grave avec pouls incomptable, souffle systolique, etc. Le diagnostic d'endocardite septique s'imposait.

L'auteur ayant appelé en consultation un assistant du Pr Crédé, ce dernier procéda à une injection intraveineuse (veine du pli du coude de 0,09 gr. d'une solution à 1 0/0 de collargol. Cette injection fut suivie d'un frisson fébrile, mais au bout de deux heures, la température était tombée de 39°,2 à 38°, avec pouls à 112. La malade s'endormit.

Le lendemain, la température remonte à 39, le pouls à 140. Le soir, nouvelle injection de 0,08 gr. : nouveau frisson suivi de calme (T. 37,5 pouls 84).

Le surlendemain au soir, nouvelle poussée fébrile, moins accentuée. On fait le 4e jour au matin une 3e injection de 0,07 gr.

A partir de ce moment, tous les symptômes septicémiques s'amendent peu à peu. Guérison.

E. Vogt.

Traitement local de la tuberculose pulmonaire par inhalation de gaz à action antibacillaire : description d'un appareil nouveau. (*Therap. Monatshefte*, août 1902). — Rudolph estime que les piètres résultats jusqu'ici obtenus tiennent aux défectuosités des appareils utilisés. L'auteur examine avec détails cette question; nous nous bornerons à donner ses conclusions.

Avec l'*appareil de Siegle*, on ne saurait agir que sur la région pharyngienne : le *flacon de Wulff*, basé sur l'aspiration à travers un tube, force le malade à modifier dans une trop grande mesure l'acte respiratoire, et les vapeurs médicamenteuses n'arrivent pas davantage dans le poumon que la fumée de tabac du fumeur. D'autres appareils (*Curschman, Jahr*) sont tout aussi peu pratiques : aucun d'eux n'est capable de faire arriver jusque dans les vésicules pulmonaires les médicaments sous forme gazeuse.

Avec l'appareil de l'auteur, on arrive à amener à un masque un mélange d'air et de vapeurs médicamenteuses à 28° C., avec un degré hygrométrique de 80 à 100°. L'aspiration se fait par le nez, et les médicaments ordinairement employés pour les inhalations peuvent être utilisés.

Des expériences sur des animaux ayant montré que ces vapeurs pénètrent facilement dans les vésicules pulmonaires, l'auteur fit inhaler plusieurs tuberculeux, des 1er et 2e degrés surtout. Après 40 séances (1 par jour de 20 minu-

tes de durée, avec vapeurs de gaïacol), les malades se sont trouvés moins gênés dans leur respiration, l'appétit s'est relevé, le poids a augmenté, la fièvre a disparu au bout de 15 jours en général; l'expectoration a augmenté au début pour diminuer plus tard. Les urines contenaient du gaïacol pendant deux jours encore après la dernière inhalation.

E. Vogt.

Du massage et de la mobilisation dans les phlébites, par Marchais. (*Presse médicale*, n° 53 p. 629, 1902). — La phlébite est grave non seulement parce qu'elle expose à l'embolie (complication relativement rare), mais encore et surtout parce qu'elle entraîne une impotence prolongée dont la durée varie de quelque semaines à plusieurs mois.

En réalité cette impotence peut être prévenue par le massage et la mobilisation pratiqués dés que toute crainte d'embolie peut être écartée.

L'anatomie pathologique montre que très rapidement, en quelques jours, le caillot prolongé, le seul dangereux, est solidement fixé à la paroi. Si des embolies peuvent se produire au-delà du délai de quelques jours nécessaire pour la fixation, c'est que la phlébite ne reste pas toujours localisée, que des poussées infectieuses successives se produisent en des points différents du réseau veineux, chacune donnant lieu à un thrombus pouvant s'emboliser.

Pour Marchais, le seul criterium sûr que le processus phlébitique a cessé d'évoluer est l'abaissement de la température. On peut, suivant lui, commencer à mobiliser une phlébite, quand, pendant douze jours l'apyrexie a été absolue.

La mobilisation s'adressera aux articulations des orteils, du pied et à la tibio-tarsienne. Pendant quatre jours on ne fera que des mouvements passifs. Après quatre jours, le malade peut lui-même faire des mouvements et exercer ses muscles de la jambe. Le massage consiste alors exclusivement en effleurage très leger du pied, de la jambe et de la région externe de la cuisse.

Au début de la deuxième semaine, on ajoute des mouvements du genou et le massage très doux des masses musculaires, en ayant bien soin de respecter les veines. On évitera donc de manipuler la région de la saphène externe, l'interstice des jumeaux, le creux poplité et le triangle de Scarpa.

Enfin, après quinze jours on fera des mouvements de la hanche et vers le vingtième jour le malade pourra faire quelques pas. Il est inutile de combattre l'œdème par la compression de la jambe dans un bas élastique ou avec des bandes; il vaut mieux laisser aux muscles toute leur liberté d'action.

G. Lyon.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Le massage chez les tabétiques, par M. Faure et G. Constensoux (*Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, août 1902). — En général la massothérapie est mal employée dans le traitement du tabès. Le massage est utile à titre de stimulant de la circulation et de l'innervation: il empêche ou atténue l'amaigrissement ou l'atrophie musculaire chez les tabétiques comme chez les autres malades, à la condition que ce massage tiendra compte des réactions propres au tabétique, lequel ne saurait être massé comme un athlète, ni même comme un homme bien portant. Le pétrissage, le tapotement vigoureux ou même simplement les séances trop longues ou le massage trop étendu augmentent la fatigue habituelle du malade, son impotence musculaire et son incoordination.

Dans le même ordre d'idées certaines manœuvres qu'on ajoute d'ordinaire à la pratique du massage doivent être absolument proscrites chez le tabétique; tels sont les mouvements passifs exécutés avec plus ou moins de force et qui exagèrent les saccades et la brusquerie habituelles aux gestes des ataxiques, les exercices d'assouplissement qui ne font qu'augmenter la laxité ligamenteuse et musculaire qui est précisément un des stigmates les plus gênants de l'ataxie, — enfin tous les exercices de force au cours desquels le tabétique, dont la sensibilité profonde est troublée ou abolie, contusionne ses nerfs, arrache ses ligaments et déchire ses muscles.

Le massage est utile aux tabétiques à titre de stimulant de la sensibilité cutanée (en frictions, effleurage, percussion légère), à titre de stimulant de la nutrition musculaire (frictions douces, mobilisation prudente). Il servira aussi contre les paralysies, les atrophies, les fractures et les entorses.

G. Lyon.

Emulsion cérébrale dans la chorée et l'épilepsie (*Gazette Medicale russe*, n° 23). — Romanoff expose la technique de la préparation de cette émulsion. On prend la partie corticale du cerveau d'un bœuf, tué récemment et on la

mélange avec de la glycérine et du chlorure de sodium dans des portions suivantes :

Portion corticale 1 partie (au poids).

Solution de chlorure de sodium (6 0/0), 3 parties.

Glycérine pure.

On n'y ajoute aucune susbtance antiseptique.

L'émulsion ainsi obtenue est filtrée pendant deux ou trois heures à travers du papier buvard suédois et versée dans des flacons de 5 cc.

On ne peut se servir sans danger de cette émulsion que pendant 3 à 4 jours (à partir du moment de la préparation). On l'emploie sous forme d'injections sous-cutanées à la dose de 1 à 2 grammes. Les injections sont pratiquées tous les jours. On n'observe presque jamais de complications.

Voulant se rendre compte de la stérilité de l'émulsion, *Romanoff* l'a ensemencée sur des milieux nutritifs et n'ayant obtenu que des cultures de microbes non pathogènes, il estime que la préparation ne présente aucun danger ou tout au moins pas plus de danger que les autres solutions médicamenteuses employées en injections sous-cutanées.

Quant aux résultats cliniques, l'auteur estime qu'on ne saurait encore se prononcer d'une façon précise. J. Roubleff.

L'hypnose dans les maladies psychiques (*Thérapeutique Moderne Russe*, n° 2, 1902). — Rybakoff insiste sur la nécessité de répandre le plus possible l'usage de l'hypnose dans le traitement des maladies psychiques. Ce sont certaines conditions psychiques fondamentales, comme par exemple l'impossiblité de provoquer un sommeil assez profond ou la diminution, sinon l'absence complète de suggestibilité du malade — qui constituent l'obstacle à l'hypnose.

Mais ces obstacles peuvent être supprimés par le choix du moment favorable. Les hallucinations et les idées délirantes ne sont pas en elles-mêmes une contre-indication à l'hypnose, celle-ci n'étant complètement inapplicable que dans les cas de troubles profonds de la conscience ou d'idiotie très prononcée. Comme traitement curatif, l'hypnotisme est supérieur dans certaines affections, à tous les autres moyens thérapeutiques : par exemple dans les maladies de la volonté. L'hypnotisme peut donner la guérison radicale des psychoses hystériques, de la neurathénie psychique, des impulsions involontaires (alcoolisme, onanisme) et des idées involontaires. Il faut cependant faire remarquer que les résultats obtenus par l'hypnotisme sont plus favorables dans les formes acquises que dans les formes dégénératives. Quant aux autres affections psychiques, l'hypnotisme peut être employé avec succès en tant que moyen symptomatique (insomnie, inquiétude etc.). J. Roubleff.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr Courtade

Ancien interne des hôpitaux

Traitement de la suppuration chronique du sinus frontal, par Lambert Lack (*The Edimb. med. J.*, juin 1902). — Le traitement de la suppuration chronique du sinus frontal est le sujet de nombreuses controverses, les uns n'admettant que les méthodes intra-nasales, les autres préférant l'opération externe. L'opération peut être indiquée lorsque la douleur devient très aiguë, persistante, empêchant le malade de se livrer à aucun travail ; lorsque le drainage ne s'effectue plus, l'ouverture pratiquée dans le nez étant fréquemment obstruée ; lorsque le sinus fait saillie et que les parois osseuses sont altérées ; dans les cas de symptômes cérébraux, enfin lorsque la santé générale est atteinte par la maladie.

M. Lack résume ainsi qu'il suit le traitement de la suppuration chronique du sinus frontal :

1° Dans tous les cas de suppuration supposée du sinus frontal, on doit d'abord essayer le traitement intra-nasal. Ce traitement consiste à assurer le libre accès à l'extrémité inférieure de l'infundibulum en ouvrant les cellules ethmoïdales antérieures et en enlevant en même temps les polypes ou les autres causes destructives qui peuvent exister ; on fait ensuite des irrigations nasales pendant plusieurs semaines. Dans les circonstances favorables, on peut également essayer de laver le sinus par son orifice naturel, mais sans exercer aucune violence ;

2° Si cette méthode échoue et qu'il existe des symptômes sérieux, on doit pratiquer l'ouverture externe du sinus ; on l'oblitérera s'il n'est pas très grand, car la guérison est alors certaine et la difformité qui en résulte est légère, si la paroi postérieure est cariée ou perforée, s'il existe des symptômes cérébraux et même lorsque le sinus étant vaste, le patient ne fait pas d'objection à une difformité possible ;

3° Dans tous les autres cas, l'ouverture libre doit être pratiquée dans le nez et le drainage doit être assuré librement jusqu'à ce que toute suppuration ait cessé ;

4° Les opérations qui n'ont en vue que le drainage externe sont inefficaces et les opérations qui permettent le drainage intra-nasal, seulement pour un temps limité sont, à la fois inefficaces et dangereuses.

Quant à la difformité qui se produit quelquefois par ces opérations, on peut y obvier par la suture d'un lambeau frontal. Si la dépression est considérable, on peut appliquer une plaque prothétique en os ou en métal ou, comme on l'a proposé récemment, injecter de la paraffine.

L. Jumon.

Traitement des perforations chroniques de la membrane du tympan (*Thérap. Mod. russe* n° 2, 1902). — Lay rapporte le cas d'une grande perforation de la membrane du tympan, traitée par l'acide trichloro-acétique.

Voici comment on procède (d'après O Kouneff.

Une sonde très mince est trempée dans l'acide trichloro-acétique liquide ; à l'aide de cette sonde on badigeonne les bords de la perforation qui se colorent immédiatement en blanc, l'apparition de cette coloration indique que la cautérisation a réussi. Comme la cautérisation est quelque peu douloureuse, on badigeonne préalablement la membrane du tympan à la cocaïne.

Dans le cas rapporté par Lay l'otorrhée datait de 30 ans et la perforation occupait les deux tiers de la membrane.

Les cautérisations telles que nous venons de les décrire ont été pratiquées pendant 18 mois, une fois par semaine.

Le résultat a été excellent : la membrane s'est entièrement reformée et le tissu cicatriciel ne se distingue en rien de la membrane.

J. Roubleff.

L'air chaud dans les affections du nez et du pharynx (*Medicinskoie Obosrenie*, n° 12, 1902). — Sverjevsky a employé ce procédé dans un grand nombre de cas (coryza aigu, subaigu et chronique, hypertrophie des cornets, processus atrophiques, ozène, pharyngite granuleuse, névrose des voies aériennes, respiratoires, etc.) et en se basant sur ces nombreuses observations, il est amené à formuler les conclusions suivantes :

1° L'air chaud ne saurait être considéré comme un moyen thérapeutique général dans toutes sortes d'affections du nez et du pharynx ;

2° L'air chaud peut être utile dans le coryza aigu ou subaigu, dans la tuméfaction des corps caverneux, les processus hypertrophiques du pharynx, les gommes, l'ozène et les névroses.

Il est peu efficace dans l'hypertrophie des cornets et parfois aussi dans le processus atrophique du pharynx ;

3° L'application de l'air chaud n'entraîne aucune complication, sauf dans les cas où existe un catarrhe de la trompe d'Eustache et surtout un catarrhe de l'oreille moyenne ;

4° La température de l'air ainsi que la durée d'application doivent être différentes suivant ce qu'on se propose de faire.

a) L'air à la température de 70° passant à travers les cornets pendant 3 à 5 minutes détermine une contraction plus ou moins intense et une dessiccation de la muqueuse nasale, dessiccation suivie de sécrétion durant peu de temps, il est vrai.

b) L'air porté à la température de 90° agissant sur un point déterminé de la muqueuse pendant 1 à 3 minutes, provoque une dessiccation bien plus prononcée.

c) L'air porté à la température de 130° agissant pendant 20 à 40 secondes provoque la formation d'une ulcération qui se cicatrise au bout de 6 à 7 jours sans réaction locale trop intense ni hémorragie ;

5° Dans tous les processus pathologiques du nez et du larynx où il n'y a pas d'hypertrophie de la muqueuse (coryza aigu et subaigu, rhinite atrophique, pharyngite et névrose) il faut recourir à l'air chaud (à la température de 72° environ) soit — et surtout sous forme d'insufflation — soit sous forme d'application locale (l'air à la température de 90°).

6° Dans l'hypertrophie rebelle on se servira de l'air chaud porté à 130°.

Ces trois méthodes peuvent se combiner suivant les indications que présenteront les malades à traiter.

L'auteur conclut, bien que les résultats obtenus ne soient pas très brillants, à la nécessité d'employer ce procédé et d'étudier de plus près ses indications.

J. Roubleff.

Le naftalan dans le traitement de l'eczéma vestibulaire du nez, par le Dr Faustino Barbera (*Revista Valenciana di Cronica medica*, n° 40, 1902). — L'auteur a eu occasion de constater les bons effets du naftalan dans l'eczéma vestibulaire du nez.

Pour l'appliquer, on commence par débarrasser complètement le nez des croûtes qui l'encombrent, au moyen de pinces ou au moyen des douches ou lavages. Après avoir essuyé soigneusement les surfaces malades avec des tampons de coton, on enduit de naftalan un peu de coton monté sur un stylet et on badigeonne les surfaces malades.

Un des premiers effets de ce pansement est d'éviter la dessiccation des liquides et la formation de croûtes ; on calme en même temps le prurit nasal. La guérison est durable si l'on persévère dans l'application de la méthode.

F. Berini.

Traitement médicamenteux du catarrhe nasopharyngien (*Mercks Archives*, mai 1902). — Beckmann Douglass rappelle que ce traitement a été abandonné à partir du moment où la rhi-

noscopie permit d'utiliser les traitements locaux : aujourd'hui, bien des spécialistes découragés par l'insuccès trop fréquent de leur intervention, se contentent à nouveau de l'emploi de méthodes non sanglantes.

Les *irrigations d'eau salée*, bien exécutées, permettent de débarrasser les narines d'un grand nombre de microbes : si l'on veut exercer une action plus marquée, on pourra s'adresser à des solutions astringentes.

Le *nitrate d'argent en nature* doit être manié avec prudence quand il s'agit de traiter le pharynx, et ses indications doivent être restreintes à la cautérisaton des follicules lymphoïdes de la paroi postérieure, dans les cas de pharyngite folliculaire.

Les *solutions concentrées* (*40 ou même 60 0/0*) *de nitrate d'argent*, sont d'un maniement dangereux. On préfèrera des solutions à 1/600 ou 1/100, bien suffisantes pour obtenir le résultat désiré, la diminution de la sécrétion de la muqueuse naso-pharyngienne.

Les solutions de *sulfate de zinc* à 1/100 et de *chlorure de zinc* à 1/200 sont surtout utiles quand il s'agit de traiter les sinus.

Les *solutions martiales*, autrefois fort en honneur, sont abandonnées aujourd'hui à l'exception du sulfate de fer ammoniacal en solution à 1/30, quand il s'agit de faire rétrocéder une inflammation chronique du pharynx avec hypertrophie légère de la muqueuse.

Les *solutions iodo-iodurées* dans un mélange d'eau et de glycérine, de concentrations diverses à partir de 1/60 produisent sur la muqueuse une action stimulante et favorisent la circulation sanguine locale, mais beaucoup de praticiens leur préfèrent aujourd'hui les *solutions d'ichthyol* : ces dernières semblent donner des résultats qu'aucune autre préparation n'a jusqu'ici pu obtenir. Les effets sont stimulants, antiseptiques et antiphlogistiques. On commencera par des solutions à 1/30 et on augmentera peu à peu la concentration. On observe un effet congestif, qui peut durer 24 heures avec les solutions fortes : l'action bactéricide est considérable, et la décongestion consécutive à l'hyperémie du début est remarquable : les exsudats diminuent notablement sous l'influence de ces solutions, ainsi que la diapédèse des leucocytes. Après une opération, l'application d'un tampon d'ouate imbibé de solution ichthyolée empêche la formation de synéchies. Mais c'est surtout dans le catarrhe atrophique que l'action thérapeutique est manifeste, car la sécrétion purulente fait bientôt place à une sécrétion abondante et non visqueuse.

Les *solutions cocaïnées* ne doivent pas être employées régulièrement dans le traitement des affections naso-pharyngées, et le praticien ne les confiera, sous aucun prétexte, aux malades. Leur emploi doit être limité à certains cas de fièvre des foins avec sécrétion considérable.

La *glande surrénale en poudre* sert à la confection de solutions à 6 0/0 qu'on prépare au moment de l'emploi; on filtre et on stérilise par ébullition ces solutions avant de les appliquer sur la muqueuse; l'effet sur la sécrétion glandulaire est considérable : l'arrêt de cette sécrétion peut durer jusqu'à 2 heures. On peut arriver, par des applications successives, a enrayer la tendance à l'hypertrophie de la muqueuse, mais la médication est loin de convenir à tous les malades.

Les *solutions médicamenteuses huileuses* ont la faculté de pénétrer dans tous les replis de la muqueuse et rendent de grands services.

Il est toujours bon de prescrire aux malades des alcalins à l'intérieur en cours de traitement : on peut s'adresser au phosphate de soude, à l'iodure de potassium à très faibles doses, etc. L'atropine, la morphine, l'aconitine en quantités minimes peuvent, en cas de rhinite aiguë, notablement soulager les malades.

E. Vogt.

Ophtalmologie

Dr E. Kopff

Médecin oculiste de l'hôpital St-Joseph

Traitement du trachome par l'ichtargan (*Gazette Médicale russe*, n° 22, 1902). — Mrongoviouss en se basant sur des observations personnelles formule les conclusions suivantes sur l'emploi de l'ichtargan dans le trachome :

1° L'ichtargan en solution de 2 0/0 à 3 0/0 guérit en l'espace d'un mois environ le trachome récent ;

2° Les badigeonnages répétés quatre fois par jour à l'aide d'un pincean trempé dans une solution d'ichtargan à 2 0/0 déterminent la guérison de formes légères de trachome; le traitement dure de 5 à 6 jours;

3° Il ne faut pas se servir de solutions dont la concentration dépasse 3 0/0 ;

4° L'ichtargan possède à l'égard de la conjonctive des propriétés cumulatives; cette propriété cumulative se manifeste après 8-10 badigeonnages dans les cas où aucun autre traitement n'a été employé préalablement et après 12-18 badigeonnages dans les cas où l'on avait eu recours avant à des cautérisations au nitrate d'argent;

5° L'action cumulative de l'ichtargan se manifeste par des symptômes assez semblables à ceux d'une légère blennorrhée. Il est donc nécessaire de surveiller très attentivement l'action du médicament en question ;

6° L'ichtargan n'exerce aucune action sur la conjonctive saine même si on l'emploie en solution à 4 0/0.

J. Roubleff.

Le protargol et le cuprol dans les affections oculaires (*Thérap. Moderne russe*, nos 2 et 3, 1902). — Emmert a constaté que dans l'ophtalmie blennorrhéique des nouveau-nés, dans les catarrhes aigus et chroniques avec sécrétions abondantes, dans les ulcères de la cornée, compliqués de catarrhe de la conjonctive, dans les ulcérations des bords et des angles des paupières, dans les eczémas pustuleux et humides de la peau palpébrale, dans le catarrhe des foins de la conjonctive, dans la blennorrhée dacryo-cystique, enfin dans les brûlures de la conjonctive, le protargol exerce une action excellente.

Il présente cet avantage sur les autres moyens généralement employés dans ces cas, qu'il peut être employé sous une forme autre que ces substances et à un degré de concentration plus élevé.

Le protargol agit le mieux sous forme de pommade (avec la vaseline ou la lanoline de 5 à 20 0/0), mais les malades réagissent différemment à l'action du protargol et dans certains cas, si l'on emploie des pommades par trop concentrées, on peut provoquer de l'eczéma. Il faut donc commencer par une pommade à 5 0/0, à 10 0/0 au plus. Les pommades lanolinées sont généralement mieux supportées que les pommades vaselinées.

Quant aux instillations, Emmert les emploie plus rarement et pour les deux raisons que voici :

1° Chez certains malades les gouttes instillées dans le sac conjonctival pénètrent très rapidement par les canaux lacrymaux dans l'arrière-gorge et provoquent une sensation excessivement désagréable (la saveur du nitrate d'argent) ;

2° L'application fréquente du protargol sous forme de gouttes peut développer rapidement de l'argyrose.

On peut toutefois éviter les instillations fréquentes du protargol grâce au *cuprol* qui est une combinaison cupro-protéique de protargol. Le cuprol se présente sous forme d'une poudre gris vert, soluble dans l'eau dans la proportion de 33 1/3 0/0 ,et formant ainsi un liquide stable gris-vert. Le cuprol comme du reste le protargol, ne se dissout complètement que lorsque la poudre reste dans l'eau pendant deux ou trois heures. Autrement le cuprol reste en suspension dans l'eau et au bout de peu de temps se dépose au fond du flacon.

Le cuprol détermine une sensation de brûlure ; mais cette sensation est moins prononcée que pour le sulfate de cuivre ou le sulfate de zinc et elle dure moins longtemps. Bien que le cuprol ne possède pas toutes les propriétés du protargol, il n'en constitue pas moins un excellent médicament pour diminuer la sécrétion et l'état inflammatoire.

C'est dans les catarrhes de la conjonctive que les instillations d'une solution de cuprol à 1-5 0/0, pratiquées une ou plusieurs fois par jour donnent des résultats particulièrement favorables.

J. Roubleff.

La dionine dans la pratique ophtalmologique (*Thérap. Moderne Russe*, nos 2 et 3, 1902). — Zatoloff a fait de sérieuses recherches tant cliniques qu'expérimentales sur l'action de la dionine dans de différentes modifications pathologiques de l'œil et voici à quelles conclusions il est arrivé.

1° La dionine introduite dans le sac conjonctival, soit sous forme de solution (dont la concentration varie de 3 à 10 0/0), soit sous forme de poudre, détermine toujours l'injection de cette muqueuse, une sensation de brûlure, une sécrétion exagérée de larmes et un chemosis partiel *non inflammatoire* ;

2° L'apparition du chemosis et son volume, résultant de l'action de la dionine sur la circulation de la lymphe, dépendent de plusieurs facteurs. *a*) Du fait que la dionine a été déjà appliquée auparavant, dans ce dernier cas le chemosis finira par ne plus se produire. *b*) de la concentration de la solution. *c*) de l'âge du malade (le chemosis est plus fréquent chez les individus âgés. *d*) de particularités idiosyncrasiques :

3° La dionine ne peut pas être considérée comme un myotique sûr, car le rétrécissement de la pupille qu'elle provoque pendant les premiers moments doit être mis sur le compte de l'irritation réflexe ;

4° La dionine n'exerce aucune action sur l'accommodation ;

5° Elle n'augmente pas la pression intraoculaire ;

6° L'examen microscopique des yeux dioninisés (expériences sur des chiens) montre une dilatation des vaisseaux sanguins et lymphatiques de la conjonctive, mais on n'observe pas de modifications des tissus de la cornée ni aucune modification inflammatoire de la muqueuse palpébrale, ni du globe oculaire ;

7° La dionine exerce jusqu'à un certain degré une action de résorption dans les phlyctènes, les épisclérites et les infiltrations de la cornée. Elle est également utile dans le décollement de la rétine;

8° La dionine en solution de 10 0/0, ou en poudre, exerce une action analgésique très prononcée dans les iridocyclites et le glaucome aigu.

Andogski estime que la dionine doit être considérée non pas comme un anesthésique, mais comme un analgésique et qu'à ce point de vue elle est tout à fait supérieure à tous les autres moyens.

Comme Bataloff, il a constaté l'action favorable de la dionine dans le glaucome aigu et les iridocyclites; même action très favorable dans le décollement de la rétine, où le processus sous l'influence de la dionine s'arrête et la vue s'améliore.

Belliarminoff attire l'attention sur la propriété d'accélération de la circulation lymphatique que possède la dionine; c'est grâce à cette propriété que l'échange de liquides dans le segment antérieur de l'œil s'accélère.

En ce qui concerne l'action analgésique de la dionine dans le glaucome aigu, Beliarminoff cite ce fait que quelques grains de poudre de dionine ont suffi pour calmer des douleurs qui avaient résisté à l'ésérine et à la pilocarpine.

Dans la kératite parenchymateuse la dionine n'est pas contre-indiquée, même s'il existe des phénomènes d'irritation.

En se basant sur un certain nombre de cas de ce genre, Beliarminoff conclut que la dionine diminue quelque peu la durée des processus pathologiques et que l'irritation de l'œil, loin d'augmenter, diminue considérablement.

Il émet aussi cet avis qu'il y aurait lieu d'essayer la dionine sous forme de pommade.

Souroff a employé la dionine aussi bien sous forme de solutions que sous forme de pommade et en se basant sur 58 observations personnelles, il arrive à la conclusion sensiblement la même que les précédents auteurs.

Il estime que la dionine est particulièrement utile dans les ulcères myotiques de la cornée, lorsqu'il y a du pus dans la chambre antérieure.

Dans les iritis, il est bon de combiner la dionine à l'atropine. Au contraire dans les affections des milieux profonds de l'œil, la dionine ne donne aucun résultat. La dionine ne produit pas d'anesthésie complète en cas de corps étrangers de la cornée.

D'un autre côté la dionine détermine un œdème de la conjonctive, aussi est-elle contre-indiquée dans les grandes opérations ophtalmologiques.

Gagarine ne trouve pas que la dionine présente des avantages véritables sur les autres moyens similaires.

Il rappelle, en ce qui concerne l'action analgésique de la dionine, que la péronine en concentration bien plus faible (à 1/4 0/0) donne des résultats largement satisfaisants.

Enfin, autre inconvénient de la dionine d'après Gagarine, l'injection et l'œdème de la conjonctive déterminés par la dionine sont plus intenses et plus prolongés que si l'on emploie des substances similaires.

Dr Roubleff.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL,

Chef du Laboratoire de la Maternité,
à l'hôpital de la Charité

La térébenthine dans les métrorrhagies (*Medicinskoïe Obosrenie*, n° 6, 1902). — Lenevitsch emploie depuis cinq ans la térébenthine dans les métrorrhagies et en obtient des résultats vraiment satisfaisants. Dans un certain nombre de cas la térébenthine donne des résultats définitifs; dans d'autres, si la guérison n'est pas obtenue, du moins peut-on gagner du temps, ce qui permet de mettre la malade dans des conditions favorables pour le traitement radical.

La térébenthine a rendu des services particulièrement importants dans les fibromes interstitiels, mais seulement dans les cas où le tamponnement de l'utérus est facile, c'est-à-dire là où l'on n'est pas obligé d'abaisser l'utérus et de pratiquer la dilatation du col; dans les hémorragies climatériques; dans les cas où le curettage ou toute autre intervention chirurgicale n'est pas applicable par une raison ou pour une autre.

Voici la manière de procéder de l'auteur :

Le col de l'utérus maintenu ou abaissé par des pinces, on badigeonne légèrement le canal cervical avec une solution de glycérine phéniquée (1 pour 3); ensuite, s'il le faut, on pratique la dilatation en une seule séance. Ceci fait, une bandelette de gaze iodoformée (5-10 0/0) d'une largeur correspondante à la lumière du canal cervical et d'une longueur suffisante pour remplir entièrement la cavité interne, est plongée dans un verre contenant de la térébenthine chimiquement pure : on l'introduit dans

l'utérus à l'aide d'une sonde. Il faut chercher, comme nous l'avons déjà dit, à remplir entièrement la cavité utérine.

L'extrémité inférieure de la bandelette reste dans le vagin ; on enlève soigneusement le reste de térébenthine, on introduit dans le vagin un petit tampon et l'on fait coucher la malade pendant quelques heures (3 à 6).

Au bout de ce laps de temps on enlève le tampon. L'indication à cette intervention est donnée par l'apparition de coliques utérines violentes ; il ne faut pas toutefois par trop se presser d'enlever le tampon : mais d'une façon générale l'auteur n'a pas laissé le tampon plus de 6 heures. Si la malade quitte le service, on lui administre une cuillerée à café de teinture d'ergot de seigle.

Pendant les 3 ou 4 premiers jours on observe une sécrétion séro-sanguine abondante.

Ce n'est que rarement qu'on est obligé de faire un nouveau tamponnement quatre ou cinq jours après le premier. Cela arrive dans les cas où le premier tamponnement n'a pas été fait suffisamment bien. La térébenthine agit probablement en déterminant une contraction énergique et prolongée de l'utérus et aussi en exerçant une action vaso-constrictrice et cautérisante.

L'auteur n'a jamais observé ni intoxication ni aucun autre accident.

J. Roubleff.

Injections intra-utérines dans les affections gynécologiques (*Wratsch pratique*, n° 22, 1902). — Siboff a fait plus de 2.000 injections intra-utérines à 60 malades qui sont restées sou son observation pendant un laps de temps variant de 1 mois à 2 ans.

Parfois l'auteur a remplacé les injections par une cure de boue. Il n'a observé de complications que deux fois. Les malades ne supportent pas toutes ce traitement et parfois s'y refusent. L'expérience a montré qu'il vaut mieux ne pas faire d'injections quotidiennes.

Les douleurs peuvent exister ou non suivant les cas. D'une façon générale on observe une grande diversité en ce qui touche l'action de ces injections sur l'état général des malades.

La quantité de liquide injecté a varié entre une goutte et une seringue. Les malades gardaient le lit pendant un laps de temps, variant de 15 minutes à 2 heures.

Le nombre total d'injections a été de 30 à 70.

Toutes les malades ont été améliorées, cependant chez 12 d'entre elles on a été obligé de recourir au curettage.

Dans les hémorragies climatériques, il n'y a pas eu d'amélioration ; dans quelques cas, il s'est même produit une aggravation.

Même résultat négatif dans les myomes.

D'une façon générale les injections intra-utérines donnent des résultats peu consolants.

Tout au plus y a-t-il amélioration, mais jamais de guérison.

J. Roubleff.

Injections intra-utérines dans les affections des annexes (*Wratsch Pratique*, n° 24, 1902). — Le Pr Goubareff insiste sur les dangers et les mauvaises conséquences du traitement des annexites (salpingites) par les injections intra-utérines. Il estime que cette méthode thérapeutique exige des indications très nettes et il n'a pas encore rencontré de cas où il a pu trouver une indication à l'application d'injections intra-utérines dans le traitement d'affections annexielles. Il a bien observé deux cas de salpingite suppurée : mais dans ces cas, malgré la méthode de Grammatikati, employée 3 mois dans un cas et 5 semaines dans l'autre, il n'a obtenu aucune amélioration. Il faut observer en outre que les injections intra-utérines ont été accompagnées dans ces deux cas de vertige, de syncopes, de douleurs d'intestins et d'un état fébrile.

Dans le premier de ces deux cas l'examen a montré la présence incontestable de pus. Dans le second cas on est intervenu chirurgicalement et l'on a pu ainsi confirmer le diagnostic ; il s'agissait d'une salpingite suppurée double.

Goubareff conclut en disant qu'on n'a guère de raison de compter sur des modifications favorables de la muqueuse de la trompe suppurée par les injections intra-utérines, et que même malgré l'insistance du médecin et la patience de la malade, le résultat peut être nul.

J. Roubleff.

Traitement des fibromyomes utérins par le courant galvanique (*Thérapeutique Moderne Russe*, n° 2, 1902). — Poloubogatoff-Gailbreich insiste tout d'abord sur ce fait que généralement, on oublie le procédé d'Apostoli, ou bien on le traite avec indifférence, et pourtant cet oubli et cette indifférence ne lui paraissent pas se justifier. Ainsi depuis 6 ans qu'il s'en sert, il a eu peu de cas où ce procédé ait échoué. L'influence favorable de la méthode se manifeste par une diminution de volume de la tumeur, une diminution ou même la suppression complète des hémorragies, des douleurs et des troubles nerveux. Les malades nerveuses et facilement excitables se plaignent parfois de douleurs à la suite de l'introduction de la sonde électrique. L'auteur cite un cas où pour cette raison il a été obligé

de renoncer au procédé d'Apostoli. Il cite également un cas de guérison complète chez une femme de 48 ans.

J. Roubleff.

Traitement de l'éclampsie (*Therap. Monatshefte*, avril 1902). — Veit rappelle que trois règles doivent présider à toute thérapeutique rationnelle dans le cas d'éclampsie : 1° *Antisepsie rigoureuse* au moment de l'accouchement, ces malades étant tout spécialement sujettes à l'infection puerpérale ; 2° *Diminution de l'alimentation buccale* pour éviter l'entrée des aliments dans les voies respiratoires ; 3° *Emploi de la narcose quand il y a lieu de faire une exploration par voie vaginale*, pour éviter toute cause nouvelle de crise.

Si le col est déjà effacé, on procédera de suite à la dilatation de l'orifice utérin pour terminer l'accouchement. Si au contraire le canal cervical existe encore, on rompra les membranes pour diminuer la pression intra-utérine : si cette intervention ne suffit pas, on dilatera le col, et on fera une injection de morphine ; dans la plupart des cas, la morphine provoque une diminution de l'intensité de la crise. Le chloral à la dose d'un gramme en lavement (à répéter plusieurs fois) donne des résultats analogues, ainsi que la saignée : il est inutile de faire suivre cette dernière d'une injection d'eau salée physiologique.

Les bains chauds et le drap mouillé provoquent une transpiration abondante qui supplée à l'insuffisance de la secrétion urinaire.

L'opération césarienne et l'accouchement forcé seront réservés aux cas d'éclampsie avec complications. Ces interventions ne donnent du reste de bons résultats que dans les cliniques, où des cliniciens expérimentés les exécutent.

L'éclampsie pendant la grossesse sera traitée par les narcotiques, au besoin par la césarotomie.

L'éclampsie qui survient après l'accouchement cédera, dans la plupart des cas, aux pratiques hydrothérapiques, aux narcotiques, et à la saignée

E. Voct.

Indications à l'interruption de la grossesse. (*Thérapeutique Moderne Russe*, n° 2, 1902). — La question touchant les rapports de la grossesse avec les affections cardiaques reste toujours à l'ordre du jour. Doit-on, ne doit-on pas permettre à une cardiaque de se marier? Les uns disent oui, les autres non. Voici ce que pense à ce sujet Jakons, en se basant non-seulement sur la littérature médicale mais sur ses observations personnelles :

1° Les affections cardiaques constituent une complication sérieuse et parfois dangereuse de la grossesse.

2° Aux jeunes filles, atteintes d'une affection cardiaque très prononcée, il faut déconseiller le mariage; il faut cependant tenir compte de la situation sociale de la malade au point de vue maternel.

3° Les femmes cardiaques, ayant eu une ou deux couches, doivent se garder d'une nouvelle grossesse.

4° Dès les premiers troubles de la compensation, on doit, sans perdre beaucoup de temps pour le traitement purement médical, chercher à interrompre le cours de la grossesse.

5° Chez les multipares, chez lesquelles pendant les grossesses précédentes il y a eu des troubles cardiaques graves, il faut interrompre la grossesse, même s'il y a compensation satisfaisante; le mieux c'est d'intervenir pendant les quatre premiers mois ou au commencement du cinquième.

6° On arrive le plus rapidement à déterminer des contractions internes par l'introduction d'un ballon; il est inutile de recourir au chloroforme.

7° Pour activer l'avortement, on aura recours aux forceps ou à tout autre moyen analogue.

7° La femme cardiaque doit se trouver pendant la grossesse, l'accouchement et la période qui la suit sous la surveillance du médecin; elle gardera le lit au moins pendant deux semaines.

9° Il faut éviter autant que possible l'emploi de l'ergot de seigle.

J. Roubleff.

Traitement de la métrophlébite puerpérale, par le Dr A. Libow (*Allgem. Wien. Med. Zeit.*, 10, 17, 24 juin 1902). — Le traitement de la métrophlébite puerpérale n'a rien de particulièrement compliqué. En premier lieu, il faut imposer le repos au lit, un régime léger, veiller à ce que les garde-robes soient quotidiennes, Si la température s'élève, on donne des stimulants et des antithermiques. Il faut éviter de faire lever trop tôt les malades : en tout cas elles ne doivent pas se lever avant trois semaines et lorsqu'elles le font, elles ne doivent pas travailler aussitôt. Dans ces derniers temps, le traitement chirurgical des maladies puerpérales septiques a trouvé beaucoup de partisans, surtout en ce qui concerne la métrophlébite. Baldy rapporte ainsi 19 cas de thrombose puerpérale dans lesquels il a extirpé l'utérus pour éviter

une infection générale. Mais le succès opératoire est d'autant plus grand qu'on intervient plus tôt : il est donc nécessaire de reconnaître de bonne heure ces infections afin de pouvoir sauver les accouchées par un traitement opératoire. C'est à cette conclusion qu'arrivent Lusk et Holms. Freund recommande dans la métrophlébite purulente d'enlever le foyer purulent en excisant les veines enflammées avant qu'il se forme des métastases.

Cependant M. Libow croit qu'on ne peut émettre d'avis positif au sujet de l'hystérectomie. On ne pourra poser des indications certaines pour le traitement chirurgical de la métrophlébite que lorsqu'on pourra reconnaître avec certitude la nature du processus morbide. Pour connaître l'indication du traitement local ou général, il faut savoir quelle marche va suivre dans chaque cas la maladie.

L. Jumon.

Pédiâtrie

Dr THIERCELIN

Chef de clinique de la Faculté de Médecine.

Des inhalations dans la coqueluche, par le Dr Tournier (*Journal de méd. et de chirurgie pratiques*, 25 juillet 1902). — L'auteur indique un procédé qui lui a donné de bons résultats dans une petite épidémie de coqueluche à Blidah. Il se sert d'un masque analogue à ceux employés pour la chloroformisation, formé d'une carcasse en fil de fer, recouverte de flanelle légère et englobant le nez et la bouche, susceptible d'être fixé derrière la tête par un cordon.

On verse au centre du masque quelques gouttes, une dizaine, du mélange suivant :

Glycérine.....	10	grammes
Créosote.....	5	—
Essence de térébenthine.	4	—
Essence d'eucalyptus...	3	—
Essence de girofle,.....	1	—

On approche avec précaution le masque près du visage du petit malade ; le premier résultat est une violente quinte de toux qui fait retirer l'appareil ; quand elle est terminée, on le rapproche à nouveau et on finit par maintenir le masque en faisant plusieurs séances.

On constate que les quintes s'espacent rapidement : il semble que la sensibilité de la toux s'est trouvé tout à coup épuisée par les premières inhalations suivies de quintes. Ces inhalations agissent de plusieurs manières, d'abord en provoquant une accoutumance de la sensibilité des centres tussipares, puis en portant directement dans le poumon un mélange gazeux antiseptique capable de gêner l'évolution des cultures dans les voies respiratoires. D'ailleurs, la muqueuse trachéo-bronchique absorbe très rapidement les médicaments, surtout quand ces agents thérapeutiques sont à l'état de vapeurs.

M. Tournier se sert, d'ailleurs, de ces inhalations avec avantage dans nombre d'affections des voies respiratoires ; tous les tuberculeux de son service à l'hopital de Blidah reçoivent le matin un de ces masques désinefectés sur lesquels on verse une solution à base de créosote : les expectorations fétides perdent bientôt leur odeur, et la fièvre s'abaisse.

L. Jumon.

Traitement de la coqueluche (*Thérapeutique Moderne Russe* nos 2 et 3, 1902). — Le Pr Goundobine emploie dans la coqueluche le traitement suivant :

A la période prodromique des décoctions simples (de guimauve par exemple) avec de l'eau et des gouttes d'eau de laurier cerise ; s'il y a toux sèche et pénible — inhalation d'eau mélangée d'un peu de térébenthine ; s'il y a des râles humides ou sifflants dans les bronches — ipeca ou poudre de Dower. A la période suivante (convulsive) Goundobine distingue deux cas : nourissons, enfants âgés de deux ans et au-dessus.

Chez les nourrissons — s'il y a des râles — il prescrit de l'ipéca avec de l'eau de laurier cerise ; s'il n'y a pas de râles — hydrate de chloral ; chez les enfants au-dessus de deux ans : toux sèche — tussol ; crachats abondants — bromure d'ammonium avec poudre de Dower ; chez les enfants au-dessus de quatre ans, la morphine et le bromoforme sont considérés par l'auteur comme les moyens les plus efficaces dans les accès les plus violents.

Pour la morphine voici la formule :

Acétate de morphine..... 0 gr. 05
Eau de laurier cerise..... 15 —

Autant de gouttes que l'enfant a d'années. Trois ou quatre fois par jour.

Pour le bromoforme, deux ou trois fois par jour, en commençant par le nombre de gouttes correspondant à la moitié du nombre d'années de l'enfant et en arrivant progressivement au nombre correspondant au double du nombre d'années de l'enfant.

Goundobine recommande encore les inhalations des vapeurs de naphtaline (on jette 8 à 10 grammes de naphtaline dans une caserole chauffée et l'on fait respirer au petit malade les vapeurs qui se dégagent pendant deux ou trois minutes deux à trois fois par jour). Si les enfants se refusent aux inhalations de naphtaline

ou de menthol, Goundobine les remplace par des pulvérisations à 2 0/0 d'un mélange de salicylate de soude et de bromure d'ammonium.

Goundobine a aussi employé la vaccination, proposée par Variot, mais il n'en a obtenu aucun succès.

J. Roubleff.

Traitement de la coqueluche par le sérum antidiphtérique (*Rousski Vestnik*, n° 4 1902). — Kornajewski a traité la coqueluche par des injections sous-cutanées de sérum antidiphtérique et il estime qu'il suffit de deux, trois au maximum de ces injections (à mille entités immunisantes) pour que ; 1° la durée de la coqueluche ne dépasse pas plus de deux semaines ; 2° pour préserver contre la période pénible — pour le malade aussi bien que pour le médecin — des convulsions, période se terminant assez souvent par la mort et particulièrement redoutable pour les enfants en bas âge ; 3° et enfin pour supprimer cette période au cas où elle apparaîtrait.

Les injections sous-cutanées ont été pratiquées tous les deux ou trois jours suivant l'état du malade (à 4-6 travers de doigt au-dessous de l'épaule). Dans la majorité des cas il a été inutile de faire trois injections, car les deux premières avaient suffi pour amender considérablement tous les phénomènes typiques et atypiques et pour les faire disparaître au bout de deux semaines environ. On n'a jamais observé de réaction tant soit peu violente au point de vue de l'intoxication. Le soir même l'état général s'améliorait, la nuit était bonne. Kornajewski ajoute qu'il a fait des injections préventives à des enfants sains, mais couchant dans la même chambre que les malades : il affirme que ces injections ont préservé ces enfants de la contagion.

J. Roubleff.

Note sur 27 cas de coqueluche traités par l'ozone à l'hôpital des Enfants Malades, par Delherm (*Bull. off. de la Soc. franç. d'électrothérapie*, mai 1902). — L'auteur a pu soumettre au traitement par l'ozone 27 enfants.

Il s'est servi du tube de Labbé, appareil très facilement transportable, et dont le maniement peut être appris très rapidement.

Pendant 15 jours environ les malades ont fait 3 ou 4 inhalations de 10 minutes chacune ; un traitement de plus courte durée est insuffisant.

Action générale sur la coqueluche. — Sans effets à la période catarrhale du début et de la fin, l'ozone a seulement une action efficace au moment de la période des quintes.

Dans tous les cas sans exception, la période pendant laquelle ont été faites les inhalations, a été moins riche en quintes que la période qui l'a précédée, quelle que soit la phase de la période des quintes à laquelle on ait commencé l'ozonisation.

Sur 10 cas de coqueluche non compliquée, la moyenne des quintes pendant les cinq jours qui ont suivi la première séance d'ozonisation, s'est abaissée de un quart par rapport à la moyenne des cinq jours qui ont précédé, et a diminué progressivement pour tomber à 2 ou 3 ou à 0.

Dans tous les cas où l'ozonisation a été interrompue d'une manière trop hâtive, le nombre des quintes est remonté très rapidement.

Action sur les reprises. — On a peu attiré l'attention sur l'action de l'ozone sur les reprises ; précédées et suivies de secousses expiratoires, elles sont l'élément vrai de gravité de la quinte puisqu'elles peuvent se reproduire 20 et 30 fois au cours de celle-ci.

Il a semblé à l'auteur que l'ozone est peut-être encore plus efficace contre les reprises que sur le nombre des quintes par vingt-quatre heures. Alors que souvent la diminution du nombre des quintes est progressive, il n'est pas rare de voir le nombre des reprises diminuer en deux ou trois jours de 50 0/0.

L'auteur a noté également l'action efficace de l'ozone sur les phénomènes congestifs et sur la diminution de la durée de la quinte. Mais l'ozone n'a pas donné de résultats satisfaisants dans les coqueluches compliquées de broncho-pneumonie.

En résumé, l'ozone n'est pas un médicament spécifique de la coqueluche, mais il a une action antispasmodique très marquée qui justifie son emploi dans la thérapeutique de la coqueluche. Il n'est efficace qu'à la période des quintes dont il abaisse rapidement le nombre, ainsi que celui des reprises.

L'ozone a enfin sur les autres médicaments utilisés dans la coqueluche le grand avantage de ne pas être toxique, à condition de faire faire les inhalations selon les règles indiquées.

E. Vogt.

Pharmacologie.

D' E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

De l'hermophényl (*Thèse de Lyon*, 1902). — Mournaud donne un exposé très complet de la question : on sait que cette combinaison organo-métallique de mercure, contenant 40 0/0 $Hg_{(1)}$, a dans ces derniers temps fait l'objet de nom

breuses notes (Danlos, Jullien, pour ne citer que celles parues après la thèse ci-dessus).

Les expériences personnelles de l'auteur sont nombreuses et l'on conduit aux conclusions suivantes : le sel est fort peu toxique, puisqu'un malade a pris sans aucun inconvénient 0 gr. 30 d'hermophényl par jour, en potion. En général, la dose est de 0 gr. 20 à l'intérieur : en injections hypodermiques, la dose est de 0 gr. 10 tous les trois jours.

A quelle période de la syphilis que ce soit, l'hermophényl manifeste une action thérapeutique énergique : l'auteur dispose même de plusieurs observations concernant des malades, soignés sans succès par les pilules de protoiodure, de Dupuytren, et rapidement améliorés dès que l'on substitua l'hermophényl au traitement antérieur. De même, des sujets obligés de suspendre le traitement classique par les pilules, à cause des accidents variés que le traitement provoquait, ont fort bien supporté l'hermophényl à l'intérieur, en potion. L'auteur n'est pas partisan de l'administration du sel nouveau sous forme pilulaire.

Alors que Reynès ne croyait pas pouvoir abandonner la méthode intra-musculaire, l'auteur n'a pas hésité à faire des injections sous-cutanées : la solution est limpide et très facilement absorbable, et son introduction sous la peau indolore. Le titre choisi a été celui de 4 0/0, ce qui a permis d'utiliser de faibles quantités de liquide, en général 2 cc. à la fois, soit 0 gr. 08 de substance active pour la première injection, et en montant à 0 gr. 10 pour les injections suivantes, faites tous les 3 jours, de préférence au bras, avec léger massage consécutif.

A l'intérieur, l'auteur recommande la prescription suivante :

Hermophényl..... 5 grammes
Eau distillée..... q.s.

pour dissoudre dans :

Sirop d'écorces d'oranges amères 1000 cc.; 20 cc. aux repas, deux fois par jour, pendant 8 jours, puis 30 cc. pendant 8 jours, 2 fois par jour.

L'auteur propose en outre de traiter localement les ulcérations spécifiques par des applications d'hermophényl à 1 0/0.

En résumé ce sel éminemment actif, puisque l'auteur est parvenu à enrayer par son emploi exclusif des syphilis précoces malignes et des cas graves de tertiarisme, présente l'avantage, à l'intérieur, de ne produire ni gingivite, ni stomatite, ni diarrhée, et de faire disparaître la constipation résultant de l'emploi des autres mercuriaux. En injections sous-cutanées, il n'offre aucun des inconvénients de ses congénères.

E. Vogt.

Comparaison entre l'activité de divers anthelmintiques (*Therap. Monatshefte*, Août, 1902). — Sobotta a expérimenté un tannate de pelletiérine fourni par une fabrique allemande, et a enregistré six insuccès sur 6 cas, avec vertiges accentués dans un cas. En revanche, l'extrait de fougère mâle à la dose de 7 à 8 gr. a toujours provoqué l'expulsion du tœnia, même chez les 6 malades ci-dessus.

Il est bon de mettre le patient à la diète absolue pendant une demi-journée, la veille de l'administration. On donnera toujours, peu après la fougère mâle, un purgatif (huile de ricin, séné, etc.)

Nous avons tenu à attirer l'attention sur ce travail, qui semblerait démontrer surtout que le tannate de pelletiérine n'est sans doute pas toujours semblable à lui-même.

E. Vogt.

La chiéline (*Deutsche med. Wochenschrift*, 14 août 1902). — Heymann a essayé sur l'homme ce produit utilisé jusqu'ici surtout en art vétérinaire. Il s'agit d'un extrait de bulbes de tulipes; il est de couleur brunâtre, épais, d'odeur agréable, facilement soluble dans l'eau et non-toxique.

L'auteur a utilisé une crème à base de chiéline, dont il ne donne pas la formule, dans une série de dermatoses. Cette crème aurait l'avantage de sécher rapidement, sans graisser, de n'être pas irritante à faibles doses, d'assouplir la peau. Divers malades, atteints d'eczéma squameux, de pityriasis versicolor (2 cas), etc., ont été guéris ou au moins débarrassés de leur prurit.

Avec le savon à base de chiéline, autre préparation recommandée par l'auteur, on obtient de fort bons résultats dans l'acné vulgaire et indurée, la séborrhée, etc.

E. Vogt.

L'ipéca, par le Pr Kobert (*Therap. Monatshefte* août 1902). — Les deux variétés d'ipéca (Rio et Carthagène) contiennent trois alcaloïdes, l'*émétine*, la *céphaëline* et la *psychotrine*, mais les proportions respectives ne sont pas les mêmes dans les deux racines. L'introduction de l'ipéca de Carthagène (Colombie) est interdite en Allemagne et en Angleterre : l'auteur examine dans son travail si cette mesure est justifiée.

La *psychotrine*, alcaloïde fort peu toxique, ne joue aucun rôle dans la question.

Les recherches thérapeutiques faites par divers auteurs ont montré que l'*émétine* est surtout un expectorant, la *céphaëline* un émétique énergique. En moyenne l'ipéca de Carthagène contient 0,89 0/0 d'émétine et 1,25 0/0 de cé-

phaéline, l'ipéca de Rio 1,45 0/0 d'émétine et 0,52 0/0 de céphaéline. Les indications des deux variétés sont par conséquent différentes, mais Kobert ne considère pas que l'émétine soit à recommander comme expectorant, à cause de son effet déprimant sur le cœur, et désirerait qu'on utilisât uniquement les propriétés émétiques de ces deux alcaloïdes. Pour ce faire, il suffit de badigeonner le pharynx avec une solution de ces alcaloïdes; point n'est besoin d'ingérer cette solution.

L'infusion classique devrait être abandonnée: ce mode de préparation favorise la décomposition des alcaloïdes et ne provoque pas leur extraction au complet. La teinture et l'extrait fluide sont des médicaments bien préférables; c'est avec eux qu'on fera les badigeonnages pharyngiens. Si l'on tient à administrer l'ipéca à l'intérieur pour provoquer des vomissements, on donnera un cachet de 0 gr. 50 de poudre d'ipéca de Carthagène.

En résumé, l'interdiction de l'ipéca de Carthagène ne devrait pas être maintenue.

E. Vogt.

Etude clinique sur l'Agurine par Solacolu, (*Journal de Médecine interne* n° 15 et 16, 1902). — L'agurine est un sel double de théobromine, l'acétate double de théobromine et de soude, qui a été préparé par le Dr Impens, de Bruxelles. C'est une poudre blanche très soluble dans l'eau, dont les solutions précipitent par les acides organiques ou minéraux et aussi par l'acide carbonique de l'air.

L'agurine contient environ 60 0/0 de théobromine.

On l'emploie par la bouche ou en lavement, les injections hypodermiques déterminant des indurations qui en interdisent l'emploi.

Les indications sont les mêmes que celles de la théobromine; on l'utilise comme diurétique dans les différentes formes d'artério-sclérose cardiaque et rénale. L'augmentation des urines atteint son maximum du troisième au cinquième jour de l'administration et l'effet diurétique persiste quelques jours après la cessation du médicament. On peut prolonger l'emploi sans inconvénients, pendant plusieurs semaines: les effets thérapeutiques de l'agurine administrée en lavement sont les mêmes que ceux du médicament donné par la bouche. Les doses à prescrire varient entre 1 et 3 grammes.

G. Lyon.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

FOLLICULITES

Les folliculites sont dues à l'infection staphylococcique des orifices pilo-sébacés.

Elles peuvent survenir secondairement au cours d'une dermatose : eczéma, impétigo, acné, favus — ou bien être provoquées par une application médicamenteuse : thapsia, huile de croton, teinture d'iode, huile de cade, mercuriaux, etc.; par un traumatisme (épilation). Quand elles surviennent en apparence spontanément, elles n'en sont pas moins subordonnées à un mauvais état général que l'analyse des urines permet souvent de dépister et qui révèle la présence, suivants les cas, de sucre, d'albumine, d'hyperacidité urinaire.

I. *Traitement des miliaires pustuleuses.*

Dans les cas aigus où les pustules se multiplient rapidement, se borner aux pansements humides d'eau bouillie, de sérum physiologique ou de la solution suivante :

Acide borique.....	10	grammes
Acide salicylique.....	5	—
Borate de soude.....	11	—
Eau.....	1000	—

De plus on pourra faire des lotions répétées, tièdes avec l'eau d'Alibour forte (Sabouraud) :

Eau distillée camphrée

filtrée.....	300	grammes
Sulfate de zinc.....	7	—
Sulfate de cuivre.....	2	—
Safran.....	0 gr. 40	

Dans l'intervalle des éléments éruptifs on peut appliquer une pâte de zinc :

Oxyde de zinc.....	20	grammes
Vaseline blanche.....	40	—

ou la pâte de zinc de Lassar :

Vaseline.....	ãã 10 grammes
Lanoline.....	
Oxyde de zinc.....	
Vaseline.....	

Dès qu'il y aura de l'amélioration, ou, d'emblée dans les cas bénins ayant peu de tendance à l'extension en surface et en profondeur, appliquer une pommade ou une pâte contenant de l'acide salicylique, de la résorcine, du calomel :

Acide salicylique.	1 gr. 50
Résorcine.....	0 gr. 50 à 2 grammes
Calomel ou oxyde jaune de mercure	0 gr. 50 à 1 gr. 50
Amidon.....	ãã 12 grammes
Oxyde de zinc.....	

(Leredde).

ou bien encore une pâte soufrée, dont on surveillera les effets :

Soufre précipité.....	4	grammes
Oxyde de zinc.....	6	—
Terre fossile.....	2	—
Axonge benzoïque.....	20	—

On peut encore employer le soufre sous forme de lotion, à appliquer en badigeonnages au pinceau chaque soir.

Alcool à 90°.....	15	grammes
Soufre précipité.....	15	—
Eau de roses.	100	—

Quand la miliaire pustuleuse est consécutive à l'épilation, il suffit de quelques cataplasmes de fécule, de lotions d'alcool salolé au 100e ou d'alcool boriqué à saturation.

Dans les miliaires professionnelles des extrémités, pansements à l'eau bouillie, puis applications de pâte simple.

II. *Traitement des pustulations disséminées discrètes.*

Ici interviennent des causes générales. *La levure* de bière et surtout l'*acide phosphorique officinal* (V à XX gouttes par jour) sont indiquées.

Le traitement local consiste dans l'abrasion de chaque pustule avec des ciseaux fins flambés, et la cautérisation avec une goutte de teinture d'iode, après épilation du poil central.

S'il y a induration profonde, toucher le centre avec la pointe du galvano-cautère.

Sabouraud recommande encore les bains généraux au sulfate de zinc, à raison de 1 gramme par litre. 2 bains par semaine, d'une demi-heure de durée.

Quand la pustulation est de cause traumatique parasitaire (gale, phtiriase) elle guérit d'elle-même après disparition de la cause. L'épilation est le traitement par excellence des pustulations du favus; on le complète par les lotions d'alcool camphré ou boriqué.

III. *Traitement des pustulations régionales, médicamenteuses.*

Suppression de la cause; application de :

Baume du Pérou.....	1	gramme
Vaseline.....	20	—
Oxyde de zinc.....	5	—

IV. *Traitement des pustulations consécutives à une dermatose.*

Dans les intertrigos, frictions vigoureuses avec:

Teinture de benjoin...	15	grammes
Teinture d'iode.....	10	—
Alcoolat de lavande...	30	—

(Sabouraud).

Quand la pustulation complique un eczéma chronique, se borner au pansement humide.

V. *Traitement du sycosis.*

a) De la moustache.

Traiter la rhinite antérieure : épilation des poils de l'orifice nasal et de la narine; irrigations nasales, matin et soir avec de l'eau très chaude contenant 1 0/00 de sulfate de zinc ou avec deux litres d'eau de Saint-Christau :

Le soir introduire dans les narines.

Bioxyde rouge de mercure.	0 gr. 20	
Oxyde de zinc.....	3 grammes	
Vaseline.....	20	—

Ouvrir les pustules chaque jour, une à une, avec une aiguille et les toucher avec de l'alcool boriqué à saturation.

Puis, pendant le jour, appliquer une pommade à l'oxyde rouge.

La nuit, pansements humides maintenus par une toile caoutchoutée que retiennent deux liens noués derrière la tête, ou essayer d'emblée la lotion soufrée :

Soufre précipité....	ãã 10 grammes
Alcool à 90°.....	
Eau de roses.....	ãã 50 grammes
Eau distillée.....	

A la période de dermite hypertrophique, épilation et pansements humides.

b) Des joues.

Le traitement de choix est la galvanocaustique.

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Le choléra. — On sait que le choléra a été importé en Egypte, malgré toute la surveillance sanitaire exercée par les Anglais, par des pèlerins de la Mecque qui ont traversé en barque la mer Rouge et sont venus mourir à Moucha. Cette épidémie est grave et voici, d'après une

dépêche de l'agence Reuter au *Matin*, le bilan de l'épidémie, le 17 août :

Le nombre total des cas de choléra, en Egypte, est, à l'heure actuelle, de 381. Au Caire, il y a eu hier 32 cas et 23 décès. Un cas a été enregistré à Alexandrie et 20 cas signalés à Assiout; de 30 à 40 cas se sont produits dans chacune des villes de Beyrouth, Gizeh, Embabeh, Minieh et Belbeis.

Le chiffre total des cas depuis le 15 juillet est de 2.016 donc 1,509 ont été suivis de décès; il y a eu 126 guérisons.

Le nombre des cas à Alexandrie est actuellement de neuf et il y a un cas à Turkh. Le chiffre total des cas de choléra depuis le 7 avril est de 279, dont 156 ont été suivis de décès et 135 de guérison.

En Sibérie et en Chine, le choléra continue à sévir avec violence dans les villes situées sur la voie ferrée. Il diminuerait cependant à In-Dan. A Kharbine, il meurt cent à cent trente personnes par jour. On signale quelques cas à Port-Arthur.

La population médicale belge et allemande. — La *Statistique de Belgique*, à qui ces chiffres sont empruntés, comprend dans ce nombre les médecins, officiers de santé, pédicures et dentistes.

En 1850.....	2.183
1860.....	2.629
1870.....	2.323
1880.....	2.542
1890.....	3.190
1900.....	3.926

Si, du chiffre de 1900, on défalque 380 dentistes et pédicures, il reste un joli total de 3.564 confrères, presque le double du chiffre de 1850. Tels sont les faits. Voyons ce qui se passe en Allemagne.

L'Association des médecins allemands publie une étude statistique de laquelle il résulte que la profession médicale est complètement obstruée.

Il y a actuellement 28.174 médecins pratiquant dans l'empire, soit 800 de plus que l'année dernière. Sur ce total, 62 0/0 ont un revenu inférieur à 3.750 francs.

La table de mortalité des médecins allemands indique qu'il en meurt environ 500 par an; or, les universités en mettent chaque année 1.350 en circulation. La situation est donc très mauvaise, surtout pour les jeunes médecins.

La moyenne des études médicales est de six ans et demi : elles coûtent environ 15.000 francs.

L'Association des médecins allemands conseille, par conséquent, aux jeunes étudiants de renoncer à une science qui coûte si cher à acquérir et qui ne nourrit pas toujours son homme

XIVe Congrès international de médecine. — Le Comité d'organisation du XIVe Congrès international de Médecine nous adresse la communication suivante :

« Nous avons l'honneur d'informer MM. les médecins qui ont l'intention d'assister au Congrès de Madrid, que les Compagnies suivantes ont accordé des réductions sur le prix des billets, en faveur des membres du Congrès:

« Chemins de fer du Nord de l'Espagne, de Madrid à Zaragoza et Alicante : 50 0/0.

« Compagnie transatlantique (espagnole) : 33 0/0.

« Chemins de fer français (Est, Midi, Nord, Ouest, P.-L.-M , Etat et Orléans) : 50 0/0.

« Navigazione generale italiana, Compagnies « de navigation « Puglia »: « Napolitana » et « Siciliana » : 50 0/0.

« (Nourriture en dehors) ».

On fera connaître les réponses des autres Compagnies au fur et à mesure qu'elles parviendront au Comité exécutif du Congrès. Les « *Voyages pratiques* », 9, *rue de Rome, Paris*, (agences et correspondants à Bordeaux, Bruxelles, Londres, Marseille, Naples, New-York, Strasbourg, Toulouse, Zurich, Milan, etc.), s'occupent gratuitement de tout ce qui concerne les voyages, renseignements pour l'obtention des billets, excursions, etc. Le *service des logements* à Madrid est installé en permanence et c'est à lui directement qu'il faut s'adresser (Bureau de Logements, Faculté des Médecine, Madrid). Tous ceux qui désireraient recevoir le programme préliminaire du Congrès pourront le demander soit au Comité National de leur pays, soit au Secrétariat général à Madrid. On rappelle que toutes les communications qui devront figurer au programme définitif devront être annoncées au Secrétariat général avant le 1er janvier 1903. Plusieurs demandes sont parvenues au Comité exécutif au sujet de l'extension de l'art. II du Règlement, qui parle de

l'admission comme membres du Congrès de toutes les personnes étant en possession d'un titre professionnel ou scientifique ; il va sans dire que cet article s'étend seulement aux professions et sciences ayant une certaine affinité avec la science médicale. Les adhésions et cotisations (30 pesetas ou 23-25 francs, selon les oscillations du change) peuvent être adressées aux Comités nationaux, ou bien au Secrétariat général à Madrid.

Les syndicats et les secours mutuels. — Des pourparlers sont actuellement engagés entre une Commission nommée par le Syndicat des médecins du Rhône et les représentants des Sociétés de secours mutuels. Le Syndicat, avec l'adhésion générale des médecins, a admis comme base des négociations les propositions suivantes :

1° Suppression du tarif à l'abonnement et son remplacement par le tarif à la visite.

2° Tarif : 2 fr. au cabinet, 2 fr. 50 à domicile.

3° Visite initiale (y compris l'examen de l'urine au point de vue de la présence du sucre et de l'albumine), ayant pour but d'établir l'état de santé du postulant avant son admission dans une Société de secours mutuels : 5 francs.

4° Adhésion de tous les médecins du Syndicat qui accepteront le tarif ci-dessus, et comme conséquence, liberté pour le sociétaire de choisir dans sa section le médecin qu'il voudra.

5° En cas de conflit, la question litige sera soumise au Bureau du Syndicat et au Bureau des Sociétés.

6° Offre de désigner des médecins conseils à la disposition des comités de Sociétés mutualistes.

7° Application à partir du 1er janvier 1903.

Le Syndicat des médecins du Rhône a tenu à prévenir tous nos collègues de ces négociations, et leur demande de ne pas contracter d'engagements individuels avec les Sociétés, de façon à laisser forte et intacte l'autorité du Syndicat qui agit au mieux des intérêts de tous les membres du corps médical.

Conférence internationale de Bruxelles contre la syphilis et les maladies vénériennes. — Cette conférence aura lieu du 1er au 6 sept. Pour y prendre part, il faut être membre de la Société internationale de prophylaxie ou être invité.

Les invitations sont faites par le secrétaire général, Dr Dubois-Havenith, 19, R. du Gouvernement-Provisoire, Bruxelles; elles sont réservées aux personnes compétentes et présentées par deux membres de la conférence.

Afin d'obtenir pour les participants français quelques avantages, et surtout afin de les grouper si possible en un bloc national à Bruxelles, ce qui est toujours meilleur dans une réunion de ce genre, la Société des voyages économiques, 17, Faubourg-Montmartre, mettra à la disposition des conférencistes des billets 1re classe aller et retour, Paris-Bruxelles au prix de 58 francs, et des coupons d'hôtel à 12 francs 50 par jour à Bruxelles.

Pour obtenir la réduction des chemins de fer consentie par la Cie du Nord, il est nécessaire de se faire inscrire à l'avance avec pièces justificatives et avant le 15 août, dernière limite.

Pour renseignements, s'adresser au Dr Paul Berthod 10, R. Marbeuf (8e).

BIBLIOGRAPHIE

Dysenterie aiguë et chronique (Etiologie, Bactériologie, Anatomie pathologique), par A. Galliot, Médecin en chef de 1re classe de la Marine, ancien Professeur de Clinique médicale à l'Ecole des médecins stagiaires de la Marine, Médecin en chef résident à l'hôpital maritime Saint-Mandrier de Toulon. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire.*) Broché, 2 fr. 50; Cartonné, 3 fr. Masson et Cie, éditeurs à Paris.

M. Galliot a consacré deux volumes à condenser ce que l'on sait aujourd'hui sur la dysenterie aiguë et chronique, en s'inspirant surtout des travaux des médecins de la Marine et particulièrement de l'Ecole de Toulon, dont MM. Bertrand et Fontan sont les représentants les plus autorisés. Uniciste comme ces distingués observateurs, il affirme, après eux et bien d'autres, que la dysenterie procède d'un même virus, qu'elle soit endémique ou épidémique,

nostras ou intertropicale. Il soutient également que la diarrhée chronique dite *de Cochinchine* n'est qu'une dysenterie chronique revêtant les caractères d'une entéro-colite.

L'œuvre de M. Galliot, bien que conçue sous la forme d'un résumé, peut être considérée comme la monographie la plus complète qui existe actuellement sur cette affection.

Dans le premier volume, l'auteur s'occupe d'abord de l'historique et de la distribution géographique de la maladie, en montrant chemin faisant, toute l'importance de cette étude au point de vue étiologique. Il entre ensuite dans des détails circonstanciés sur les causes de la dysenterie, causes qu'il divise en essentielles (bacillaires) et secondes, dont la plus importante est l'ingestion d'une eau souillée de matières suivie d'un refroidissement plus ou moins relatif.

L'exposé des différentes doctrines bactériennes qui ont eu cours dans ces dernières années sur la pathogénie de cette affection est fait avec le développement nécessaire que comporte cette partie importante de son histoire.

Après avoir analysé sur ce sujet les travaux de MM. Calmette, Chantemesse et Vidal, Kartulsi, Arnaud, Roger, Morcul et Rieux, il expose avec détail la découverte du coccobacille dysentérique par M. Lesage dont les recherches se sont effectuées sous ses yeux dans son service à l'hôpital Saint-Mandrier. Faisant ressortir toute l'importance de la nature septicémique de la dysenterie, ce qui découle de la présence d'un coccobacille dans le sang des malades qui en sont atteints; il en indique les conséquences pour la thérapeutique à intervenir dans l'avenir.

Le chapitre bactériologique se termine par une vue d'ensemble des théories pathogéniques, qui n'est en somme qu'un résumé de l'histoire des doctrines ayant cherché à expliquer l'invasion de l'organisme par le virus dysentérique.

La fin du premier volume est consacrée à l'anatomie pathologique envisagée séparément pour la dysenterie aiguë et pour la dysenterie chronique, dont les détails ont été puisés dans les travaux de Kelsch, Kiener et Fontan.

La Lécithine, son emploi thérapeutique chez les vieillards, par le Dr Ariès. In-8, 60 p. : 2 fr. Librairie J.-B. Baillière et fils.

La *Lécithine*. — La thérapeutique s'est toujours efforcée d'intervenir pour restituer à la cellule malade les éléments que lui enlevait une désassimilation pathologique. Le rôle important que joue le phosphore dans la constitution de la cellule vivante a fait diriger spécialement les recherches du côté des combinaisons organiques de ce corps. Or, le phosphore existe en grandes proportions dans la nature sous une forme parfaitement assimilable : c'est celle des Lécithines.

Il est donc tout à fait rationnel de donner à la Lécithine un rôle thérapeutique dans les cas de troubles de la nutrition générale : elle paraît appelée à jouer un rôle tout à fait favorable dans la thérapeutique des diverses affections de la vieillesse, en rendant à l'organisme usé une vitalité nouvelle.

C'est ce que le Dr Ariès établit dans son travail : après avoir étudié l'histoire de la Lécithine, sa constitution chimique et son rôle physiologique, il relate les résultats cliniques qu'il a pu obtenir chez le vieillard sous l'influence de la Lécithine.

Comment on se défend de l'influenza, la lutte contre la grippe et le rhume de cerveau, par le Dr Henri Labonne, licencié es-sciences, officier de l'Instruction publique. Société d'édition. Une brochure in-8, 1 franc.

Quintillien disait que la caractéristique d'un bon livre était de lui voir tenir plus que son titre ne promettait. Le Dr Labonne mérite cet éloge. Sa brochure nous apprend parfaitement à nous défendre de l'*influenza*, cette meurtrière maladie causée par le microbe de Pfeiffer, qui suit les grandes voies de communication : aujourd'hui l'épidémie frappe à Paris, demain à Rome, un autre jour à Londres. Après nous avoir décrit le microbe, l'auteur nous donne le moyen de l'empêcher de pénétrer dans notre organisme et de le tuer s'il y est entré. Avec sa lucidité habituelle, il nous indique ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire dans les trois formes de la grippe : *Pulmonaire, gastro-intestinale et nerveuse*.

Nile Imprimerie. E. Lesnier di 35 .37 rue St-Lazare. Paris

Le Propriétaire-Gérant : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

I

L'hygiène et les postes de police. — Extrait du Rapport de M. Le Roy des Barres au Consei d'hygiène publique et de salubrité.

I. — *Le violon.* — Le violon à quelques rares exceptions, est repoussant de malpropreté et de fétidité, malgré les nettoyages qui y sont, avec des moyens incomplets, quotidiennement pratiqués. Il faut reconnaître que cette saleté est imputable avant tout à la mauvaise disposition du violon et à son installation de circonstance, la plupart du temps, dans des emplacements pris sur une arrière boutique ou sur une courette, ainsi qu'à l'exiguité des cellules. Ces cellules mesurent souvent 1 m. 50 de largeur sur 2 m. 50 de longueur avec 3 mètres de hauteur à peine, et on y entasse parfois cinq à six personnes avec un cubage de place bien insuffisant, puisqu'il est inférieur, pour elles toutes, à 12 mètres cubes, cubage accordé pour chaque homme dans une cellule de prison où sont réunis cinq à onze détenus.

Dans un grand nombre de violons, l'immonde baquet qui doit, dans chaque cellule suffire à tous, quand il y a plusieurs personnes, et à tous les besoins, et dont l'infection s'impose jusqu'au matin, a bien été remplacé par des cuvettes à chasse d'eau, mais il n'a pas disparu et on en trouve placé sous le banc qui entoure la cellule, sans que son siège, simple ouverture faite dans ce banc, soit même souvent muni d'un couvercle. Les odeurs nauséabondes qu'il dégage sont d'autant plus pénibles que l'aération et la ventilation sont, en général, mal assurées : dans plusieurs endroits l'air n'y arrive, en effet, que par la galerie sur les côtés de laquelle sont placées les cellules.

Cette incommodité est inadmissible même pour les détenus qui ne font là qu'un court séjour, à moins que leur arrestation n'ait eu lieu qu'assez tard dans la soirée. Elle l'est plus encore quand parfois, il s'agit d'un innocent qu'on a dû arrêter sur des apparences ou d'une personne honnête, passagèrement sans travail et sans abri. En tout cas, elle est fort compromettante pour la santé des agents.

Pour le voisinage, elle exerce, à n'en pas douter, une influence fâcheuse, difficile, nous l'avouons, à démontrer, mais analogue certainement à l'action des logements mal tenus sur les habitants de leur entourage. En matière d'hygiène, la solidarité est étroite et, à ce titre seul, s'il n'y avait pas d'excellentes raisons d'un autre ordre, il serait impérieux de changer un état de choses aussi inexcusable et aussi pernicieux : au violon, comme dans la prison, la propreté doit régner.

Récemment, pour ces motifs, sur les conclusions d'une communication du Dr Granjux, la Société de médecine publiqne n'a-t-elle pas saisi le ministre de la guerre de la suppression des baquets dans les locaux disciplinaires ?

Ce qui qui aggrave beaucoup l'insalubrité des violons, c'est le manque d'air renouvelé, le défaut de lumière naturelle qui y rend fréquemment même la surveillance véritablement impraticable, l'humidité des murailles et du sol, aussi le défaut absolu de chauffage ou un chauffage réellement insuffisant. Nous avons appris que la nuit les agents font, par humanité, asseoir autour du *poële* du poste les personnes arrêtées pour les soustraire aux souffrances et aux dangers qu'elles peuvent courir sous l'influence des basses températures. Parmi les hôtes passagers de ces cellules, dont le nombre peut atteindre, dans l'année, comme au poste du 3 de la rue des Prouvaires, près de 11.000 se trouvent, rappelons-le, des enfants, des femmes, et, fortuitement, parmi les hommes, quelques jeunes gens simplement turbulents qui, dans les postes annexés à un commissariat, auraient été probablement, après admonestation, immédiatement rendus à la liberté.

II. *Mesures d'assainissement des postes.* — Le défaut d'espace peut ne pas permettre d'agrandir les postes trop exigus, mais il faut, tout au moins, par l'ouverture de baies nouvelles, en plus d'un endroit facile à pratiquer, ainsi que nous l'avons constaté, améliorer leur aération, et il est nécessaire de rendre plus efficace leur ventilation par des cheminées d'appel ou le placement de quelques vitres parallèles à ouvertures contrariées de Castaing. Ces mesures sont peut-être encore plus urgentes à exécuter dans les cellules du violon dont le cubage d'espace est en maints endroits si réduit, que dans le poste proprement dit.

Pour faciliter le nettoyage du poste, l'emploi de carreaux céramiques ou de peintures vernissées est tout indiqué. Celles-ci, en effet, supportent également bien de grands et fréquents lavages sans se laisser trop rapidement détériorer et elles seraient appliquées aussi bien sur le plafond que sur les murs.

L'enduit en ciment des parties basses contribuerait à diminuer l'humidité des murailles, là ou elle existe; il en serait de même du revêtement en bois des parois.

Le sol, pour permettre les lavages, devrait être imperméabilisé par l'emploi d'un dallage ou d'un carrelage bien jointoyé au ciment. Là où existe un parquet en mauvais état, on pourrait avoir

recours soit à l'application de paraffine, d'ozokérite, soit à la confection d'un revêtement de la surface, sur une épaisseur de 7 à 8 millimètres, avec le stucolyth (magnésie, sciure de bois, chlorures, dont le chlorure de zinc), tel que l'essai en a été fait à Ville-Evrard, à Villejuif et à l'hôpital Bégin.

La suppression immédiate du baquet doit être faite dans les loges du violon, et là, comme dans les privés réservés au personnel, on doit lui substituer un cabinet à syphon hydraulique avec effet d'eau automatique. Dans les endroits rares où cette substitution serait impossible, il faudrait pourvoir chaque cellule du violon d'un seau hygiénique contenant une solution antiseptique (lysol), placé dans une niche bien ventilée.

Quand l'éclairage naturel fait un défaut absolu ou à peu près complet, le transférement du poste nous semble formellement indiqué, car, à cet inconvénient déjà si grave, viennent toujours s'ajouter, en effet, d'autres causes bien sérieuses d'insalubrité (exiguité, ventilation insuffisante, etc.).

L'eau arrive, en général, directement dans les postes, mais ses conduites doivent être disposées de manière que les lavages soient rendus faciles dans toutes les parties du poste. Un lavage à grande eau sera pratiqué au moins une fois par semaine, dans les locaux où existe un dallage bien cimenté, sans compter le passage, aussi bien là que dans les autres pièces, d'un linge humide sur le sol deux fois par jour

Outre le robinet d'eau de rivière, il est indispensable également d'avoir toujours un robinet d'eau potable.

FELIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

COLLECTION MÉDICALE

Volumes in-12, cartonnés à l'anglaise, à 4 francs et à 3 francs

(franco contre mandat-poste)

Traité de l'intubation du larynx, dans les sténoses laryngées aiguës et chroniques de l'enfant et de l'adulte, par le Dr A. Bonain, chargé du service spécial des maladies de nez, des oreilles et du larynx, à l'Hôpital civil de Brest, avec 43 gravures. 4 fr.

Manuel d'électrothérapie et d'électrodiagnostic, par le Dr E. Albert-Weil, chargé du service d'électrothérapie à la clinique chirurg. infantile de l'hôp. Trousseau, avec 80 grav. 4 fr.

L'Hystérie et son traitement, par le Dr Paul Sollier..... 4 fr.

La profession médicale, *Ses Devoirs, Ses droits*, par le Dr Morache, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bordeaux..... 4 fr.

Le Mariage, *Etude de socio-biologie et de médecine légale*, par le même..... 4 fr.

Les maladies de l'urèthre et de la vessie chez la femme, par le Dr Kolischer,. 4 fr.

L'Instinct sexuel, *Evolution, Dissolution*, par le Dr Ch. Féré. 2e édition..... 4 fr.

L'Education rationnelle de la Volonté, *son emploi thérapeutique*, par le Dr P. E. Lévy, préface de M. le Professeur Bernheim, 3e édition..... 4 fr.

Manuel théorique et pratique d'accouchements, par le Dr A. Pozzi, avec 138 grav. 2e éd. 4 fr

La mort réelle et la mort apparente, nouveaux procédés de diagnostic et traitement de la mor apparente, par le Dr S. Icard, avec gravures (*récompensé par l'Institut*)..... 4 fr.

L'idiotie, *Psychologie et éducation de l'idiot*, par le Dr J. Voisin..... 4 fr.

La famille nevropathique, *Hérédité, prédisposition morbide, dégénérescence*, par le Dr Ch. Féré, avec gravures, 2e édition..... 4 fr.

Manuel de percussion et d'auscultation, par le Dr P. Simon, avec 48 gravures..... 4 fr

Eléments d'anatomie et de physiologie génitales et obstétricales, par le Dr A. Pozzi avec 219 gravures..... 4 fr

Le traitement des aliénés dans les familles, par le Dr Féré, 2e édition..... 3 fr

Morphinomanie et morphinisme, par le Dr P. Robin (*couronné par l'Ac. de Méd*..... 4

HYGIÈNE

Hygiène de l'alimentation dans l'état de santé et de maladie, par le Dr J. Laumonier, avec gravures, 2e édition..... 4 fr.

L'alimentation des nouveau-nés. *Hygiène de l'allaitement artificiel*, par le Dr S. Icard, avec 60 gravures (*couronné par l'Académie de Médecine*)..... 4 fr.

L'hygiène sexuelle et ses conséquences morales, par le Dr S. Rehing, 2e édition.... 4 fr.

Hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens, par le Dr F. Lagrange, 7e éd. 4 fr.

De l'exercice chez les adultes, par le Dr F. Lagrange, 4e édition..... 4 fr.

Hygiène des gens nerveux, par le Dr Levillain, 4e édition..... 4 fr.

L'éducation physique de la jeunesse, par A. Mosso..... 4 fr.

La fatigue et l'entraînement physique, par le Dr Ph. Tissié, préface de M. le professeur Bouchard, avec gravures (*couronné par l'Académie de Médecine*)..... 4 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

MALADIES DU CUIR CHEVELU

Par le Dr Paul Gastou, Ex-Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris.
Assistant de consultation et chef de Laboratoire à l'Hôpital Saint-Denis.

Prophylaxie et hygiène. — 1. — Prophylaxie sociale.

Toute la prophylaxie sociale est actuellement basée sur l'examen microscopique du cuir chevelu : la recherche du parasite, de l'agent de contagion étant la base de toute prophylaxie. Ce germe restant dans son habitat est inoffensif pour la communauté ; s'il est transporté et mis dans des conditions où il peut continuer à vivre, il devient dangereux. Germe, terrain, contage : tels sont les trois termes d'étude de toute question prophylactique.

1° *Germe ou agent pathogène.* — Le point essentiel de la prophylaxie est de savoir qu'il existe des germes, par conséquent de les chercher, les reconnaître et les détruire, pour enrayer les épidémies. Mais cela est loin d'être toujours facile et ce sont précisément les germes les plus facilement contagieux et disséminables qui sont le plus profondément logés et difficiles à atteindre : tels les agents des teignes de l'enfance. Ne pouvant détruire les germes, force est de modifier le terrain ou d'empêcher le contage.

2° *Terrain.* — Le terrain de prédisposition aux affections parasitaires du cuir chevelu est surtout le terrain infantile jusqu'à l'âge de quinze ans environ. Terrain difficile à surveiller : propice au développement du germe de par des conditions anatomiques, de par les conditions d'hygiène et de propreté, de par les groupements familiaux et scolaires.

Enfin chez l'enfant existent à côté des fièvres éruptives toute une série d'affections microbiennes locales ou générales, de dyscrasies héréditaires ou acquises par vices de nutrition, alimentaire, ou autres, qui créent la prédisposition.

La prophylaxie sociale ne peut avoir pour mission de modifier le terrain individuel ; elle le fait cependant dans une certaine mesure, en envoyant les débiles, les faibles, les intoxiqués et les héréditaires en plein air ou en pleine campagne, à la mer ou à la montagne.

3° *Contage ou contagion.* — Le germe connu, savoir comment il vit et se propage, comment il est transporté ; connaître les conditions de transmission et les faire disparaître : toute la prophylaxie est là.

Le germe vivant dans les cheveux et les squames, la transmission est directe ou indirecte, de malade à malade par contact direct, ou transport immédiat par l'air ou par tous les objets pouvant toucher alternativement l'une et l'autre tête : mains, chapeaux, peignes, brosses, ciseaux et surtout tondeuses, enfin objets d'habillement et de literie.

Mesures prophylactiques générales. — Aux conditions de l'extension : germe, terrain, contage, répondent les trois mesures : 1° recherche et destruction du germe ; 2° modification du terrain ; 3° suppression du contage ou isolement. Mesures qui s'appliquent surtout aux agglomérations scolaires et militaires, plus encore qu'aux administrations et ateliers.

I. *Recherche et destruction du germe.* — Il est impossible d'examiner chaque cuir chevelu au microscope, il est donc nécessaire d'imposer dans chaque agglomération :

1° Des conditions obligatoires de port des cheveux ;

2° Des règles relatives à la coiffure (chapeaux) ; à la literie ;

3° Une surveillance régulière du cuir chevelu à intervalles le plus rapprochés possible.

Port des cheveux. — Les cheveux doivent être coupés courts : pour les garçons, à ras du cuir chevelu ; pour les filles, jusqu'à douze ans environ ils ne doivent pas dépasser la nuque : autant que possible, pour ces dernières, ne permettre pour relever les cheveux que des peignes facilement nettoyables et stérilisables, à dents écartées, et dont la pointe émoussée ne puisse blesser le cuir chevelu. Proscrire les bonnets et filets. Faire laver, une fois par semaine, la tête des enfants à l'eau chaude et au savon ; après rinçage et essuyage, envelopper la tête pendant quelques instants avec un linge chaud et sec, peigner, laisser sécher ensuite à l'air libre (1).

Le nettoyage des peignes et brosses sera fait tous les huit jours.

Règles relatives à la coiffure, à la literie. — Le grand danger de contamination résidant dans les coiffures, il est de toute nécessité d'en empêcher l'échange. Le mieux serait, à l'arrivée de l'enfant, de lui faire déposer sa coiffure sur un porte-manteau ou dans une case individuelle ; il la retrouverait en s'en allant et on éviterait ainsi les échanges que les enfants font constamment entre eux. Il n'existe aucun inconvénient à laisser des enfants tête nue en plein air : cette pratique aère et fortifie les cheveux, la plupart des enfants supportant même les effets calorifiques du soleil sans aucun danger et les cours étant presque toujours ombragées ou munies de préaux ; dans la crainte d'insolation, ils peuvent rester à l'abri. Pour ce qui est de la literie et des oreillers, les précautions sont d'autant plus faciles à prendre qu'elles ne dépendent plus des enfants. Toute coiffure ou objet contaminé, ou supposé tel, sera nettoyé avec soin et passé à l'étuve.

Surveillance. — Dans toute agglomération, surtout infantile, il devrait y avoir une inspection générale du cuir chevelu. Cette inspection, faite par les directeurs, instituteurs, maîtres ou surveillants de classe, doit tenir compte :

1° Si les prescriptions relatives au port des cheveux (cheveux ras ou courts, cuir chevelu blanc, lisse et propre) et à la coiffure sont exécutées ;

2° S'assurer que le cuir chevelu ne présente aucune plaque alopécique, aucun point de suppuration, aucune croûte ou cicatrice apparente.

3° Porter l'attention sur la nuque pour y déceler la présence de poux ou de lentes ; inspecter avec soin le pourtour des oreilles pour y rechercher soit des parasites, soit des sécrétions anormales ou des suppurations.

4° Enfin si le cuir chevelu des enfants présente une desquamation plus ou moins marquée, surtout si celle-ci est en placards ; isoler les enfants et en référer aussitôt au médecin.

L'isolement peut être absolu ou relatif. Dans les conditions actuelles, le directeur de l'école est incapable de prendre une décision avant l'arrivée du médecin. Dans l'avenir, la nécessité de donner à ceux qui ont la surveillance des enfants quelques notions d'examen microscopique des cheveux s'imposera afin, même avant l'arrivée du médecin, d'isoler complètement s'il y a lieu.

II. Modification du terrain. — Pour certaines maladies parasitaires du cuir chevelu, l'âge est une prédisposition essentielle, qui disparaît dès que l'enfant grandit. Vers quinze ans, en particulier, pour les teignes, le terrain n'est plus apte à la culture.

(1) Voy. *Hygiène individuelle*, (p. 68).

Il faut également mentionner que les parasites vivent surtout sur des têtes mal soignées, sur des enfants sous le coup de la misère physiologique due aux privations, sur des terrains dénutrifiés par des troubles constitutionnels : lymphatisme ; des infections antérieures : scrofule. Ces maladies étant rares dans les classes aisées, ce fait démontre que meilleures seront les conditions physiologiques et hygiéniques, plus mauvais sera le terrain pour les parasites.

Il est de notion courante que les teignes guérissent moitié plus vite à la campagne qu'à Paris.

Enfin le meilleur moyen de modifier le terrain suspect et de détruire le parasite est la médication.

III. Suppression du contage ou isolement. — L'enfant suspect est vu par le médecin qui conclut à l'existence d'un parasite : l'enfant est contagieux, que va-t-il devenir ?

Pour supprimer le contage et la contagion, deux moyens existent : l'isolement relatif, ou l'isolement absolu.

L'*isolement relatif* est l'isolement de la partie malade qui permet à l'enfant, tout en étant soigné, de continuer ses études et de vivre avec ses camarades.

L'*isolement absolu* est le renvoi hors de l'école avec toutes ses conséquences familiales et sociales.

Isolement relatif. — Je ne parlerai de l'isolement relatif que pour en indiquer les conditions : l'enfant a la tête, après traitement, isolée par des procédés divers : enveloppement total, partiel ; bonnet, calotte mise à demeure ; en outre pansements locaux avec emplâtre, collodion, colle sur les plaques malades. Cet isolement relatif est possible avec une surveillance étroite et bien faite. Dans la réalité il est souvent la seule mesure qui ne porte atteinte ni à l'intérêt d'avenir de l'enfant. ni à l'intérêt de la collectivité.

Est-il toujours possible ? Oui en réalité, car il est pratiqué en grand, dans ce qu'on appelle l'isolement absolu où chaque cuir chevelu est isolé partiellement. Mais son application étant des plus difficiles, comme surveillance, on a eu recours jusqu'à présent à l'isolement absolu.

Isolement absolu. — Le principe de l'isolement absolu est soit de renvoyer dans sa famille l'enfant contaminé, soit de grouper ensemble tous les enfants atteints d'une même affection.

Le renvoi dans la famille a fait créer l'externat, le groupement collectif a donné naissance à l'internat, d'où la création à Paris de l'Ecole Lallier. Les deux mesures se complètent, car elles évitent de laisser à la rue un enfant qui non seulement perd son avenir, risque de mal tourner, mais encore devient une source de contamination. La première mesure, l'externat, est un pis aller, car l'enfant, mal surveillé dans sa famille, contamine autour de lui ; l'internat est le remède essentiel, car il permet à la fois l'isolement et par conséquent la suppression du contage, le traitement, enfin, l'action morale. Etabli jusqu'à présent dans les villes, il ne sera parfait que le jour où il permettra de donner aux enfants le grand air.

Indications. — En parlant de l'isolement, j'ai surtout eu en vue les enfants jusqu'à l'âge de quinze ans, puisqu'à cet âge certaines malades parasitaires semblent disparaître d'elles-mêmes. A partir de l'adolescence, les conditions changent, et l'isolement absolu fait place à l'isolement relatif. Celui-ci doit être en effet la règle, parce qu'il est facile, parce qu'il ne nuit pas à l'avenir de l'individu et laisse indemne, avec quelques précautions, la collectivité. Il est facile d'isoler un lycéen, un élève d'école supérieure, un ouvrier dans l'atelier, un employé dans son bureau, grâce à deux moyens très simples : *l'isolement de la lésion, les précautions prises pour les objets de toilette et la coiffure* Exception seulement est faite pour l'armée, où le ciseau, la tondeuse, le rasoir commun,

et certaines habitudes de chambrée exigent l'isolement absolu qui, dans l'espèce, n'offre que peu d'inconvénients pour l'avenir du soldat.

Pour l'adolescent et l'adulte, le problème se pose presque uniquement pour une seule maladie : la pelade.

Conduite à tenir dans la pelade. — La pelade est-elle ou non une maladie contagieuse ? Faut-il isoler ? Jusqu'à présent il est impossible de répondre par l'affirmative ou la négative. Il semble exister des formes multiples de pelade et le parasite décrit dans l'une de ces formes serait peu spécifique puisqu'on le rencontre dans la pelade, la calvitie et la séborrhée (microbacille de Sabouraud). D'autre part, il est démontré qu'il existe des pelades toxiques, autotoxiques et trophonévrotiques non parasitaires.

Toute infection minime du cuir chevelu peut produire autour d'elle un foyer alopécique à forme serpigineuse excentrique, et les infections pyogènes : faciale, cervicale, bucco-dentaire, peuvent occasionner à distance la chute des cheveux en aires plus ou moins étendues ; enfin certains troubles nerveux, viscéraux ou généraux, peuvent provoquer des alopécies peladoïdes (1).

L'absence d'un agent pathogène défini implique la difficulté de savoir à quelle variété de pelade on a affaire, et si cette variété est contagieuse. L'expérience semble démontrer qu'il y a des pelades contagieuses et que ces pelades sont surtout des pelades en aires, à foyers multiples, à cheveux fragiles dont les plaques alopéciques ont l'aspect de barbe fraîchement rasée. Les pelades totales, décalvantes aiguës, ophiasiques ne semblent pas être au contraire contagieuses, puisque les malades atteints de ces pelades ne provoquent pas autour d'eux et dans leur famille de foyers malgré la communauté de l'oreiller ou des ustensiles de toilette. Si bien même que dans ces cas le mariage des peladiques a pu être autorisé sans qu'il en soit résulté de contamination.

Il n'y a donc pas lieu de pratiquer l'isolement absolu.

Il faut donc faire l'isolement relatif, avec traitement, qui, par le fait même qu'il comporte des pratiques d'antisepsie, rend le parasite supposé moins nocif.

Prophylaxie de la pelade. — Elle doit porter surtout sur la pratique des coiffeurs et l'usage des coiffures : les contaminations qui ont pu être relevées dépendant de ceux-là ou de celles-ci.

Le refus pour les coiffeurs de couper les cheveux et de raser tout individu présentant des plaques suspectes ; la stérilisation à l'eau ou à l'huile bouillante des instruments : ciseaux ou tondeuses ; le lavage antiseptique au sublimé au millième des peignes et brosses, le changement de linge et l'isolement du dos du fauteuil : telles sont les indications principales.

Obliger les peladiques à mettre leur coiffure à part ; éviter les changements de coiffure et chez les chapeliers ne pas faire essayer de chapeaux aux peladiques, à moins qu'ils aient la tête recouverte d'un isolant.

Reste la pelade contractée dans les wagons ou moyens de transports communs, contagion qu'il faudrait démontrer nettement et qui peut s'éviter en ne s'appuyant pas ou en s'enveloppant la tête.

Prophylaxie des maladies parasitaires. — Ce sont les maladies à parasites végétaux qui sont le plus contagieuses, et par ordre de fréquence contaminante : la teigne, les trichophyties à grosses spores, le favus.

Chaque fois que le microscope révèle l'existence de l'achorion, du microsporon ou du trichophyton, il faut isoler si possible d'une façon absolue : c'est-à-dire séparer le malade de sa famille, l'enlever de l'école, le placer dans un établissement approprié où il recevra,

(1) Faits mis en valeur dans une série de travaux de Jacquet.

en même temps que des soins, l'enseignement et l'éducation, laquelle ne se fait dans d'excellentes conditions qu'à la campagne. Dans tous les cas faire l'isolement relatif à défaut d'isolement absolu.

Pour les maladies parasitaires animales, pour la phtiriase, quelques précautions et soins suffisent le plus souvent à détruire le parasite sans isolement, même relatif, à moins toutefois qu'il n'y ait croûte et suppuration.

Dans ce cas se sont alors les parasites microbiens qu'il faut combattre et l'isolement relatif est nécessaire et indispensable pour préserver et guérir.

2. — Hygiène individuelle.

Le genre de coiffures, le régime, les habitudes de vie, le manque d'exercices, les préoccupations, les soucis, l'ambition et le surmenage agissant sur le cuir chevelu soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire du système nerveux et de la circulation générale. Si on ajoute à cela les maladies parasitaires locales, les infections et intoxications générales, on s'explique que, dans l'hygiène du cuir chevelu, l'hygiène générale occupe le premier plan et que l'hygiène spéciale doive être surtout : préservatrice, conservatrice, ou curative.

1° **Hygiène préservatrice.** — Elle est en rapport avec l'âge, le sexe, les habitudes, l'hygiène générale, les prédispositions héréditaires et acquises, l'état du cuir chevelu.

Soins propres aux nouveau-nés. — Ils viennent au monde avec un enduit squameux et graisseux adhérent (enduit fœtal), qui, s'il n'est pas enlevé, s'imprègne de poussière, s'épaissit, adhère de plus en plus et constitue le *rouget*, *crasse* ou *chapeau*.

Pour enlever cet enduit, il suffit de laver dans le bain dès la naissance la tête de l'enfant avec de l'eau savonneuse. On rince, on sèche et saupoudre ensuite de poudre d'amidon.

Les jours suivants graisser la tête légèrement avec de la vaseline pure, du cérat frais, de l'huile d'amandes douces et d'olives, en frottant avec une brosse douce.

Au bout de quelques jours, un nouveau lavage savonneux suivi de poudrage enlève généralement l'enduit. Sinon, recommencer. Il n'est pas nécessaire que l'enfant aît un bonnet : celui-ci n'évitant pas les rhumes de cerveau, mais les facilitant au contraire en déterminant une sudation suivie souvent d'un refroidissement par évaporation brusque.

Soins propres aux enfants. — Pour les garçons et fillettes jusqu'à sept à huit ans, le mieux est de tenir les cheveux courts. Rien n'est mauvais comme de conserver aux garçons ces longs cheveux tombants, cause de gêne, prédisposition aux maladies parasitaires, occasionnant de la lourdeur de tête, de la transpiration, facilitant plus tard la chute des cheveux et nécessitant, de la part des mères, des soins longs et minutieux au détriment de l'avenir du cuir chevelu.

Les soins de propreté chez l'enfant (fille ou garçon) sont ceux de l'adulte. La première mesure hygiénique est le nettoyage des peignes et des brosses qu'on lave avec la solution :

Ammoniaque	1 cuillerée à entremets
Eau bouillie	1 litre

Les objets sont ensuite rincés à l'eau claire et séchés au grand air.

Soins propres aux hommes. — Ils ont avantage à garder leurs cheveux courts, la coupe régulière (si elle épaissit et durcit les cheveux) les fortifie ; ou demi-courts. La taille en brosse, en donnant aux cheveux une direction anormale et en les tiraillant, faci-

lite leur chute. Les chapeaux ou calottes conservés à demeure sur la tête en privant les cheveux d'air, agissent de même.

Soins propres aux femmes. — La chute des cheveux est due pour une grande part aux modes de coiffure. Plus la coiffure modifie la direction des cheveux; plus leur nutrition se fait mal, et plus accentuée est la chute. Il ne faut pas faire subir aux cheveux des tiraillements, des torsions, les couder à angles brusques qui brisent le cheveu.

Varier la coiffure. Eviter les liens coupants, trop serrés; les épingles ou peignes abondants et métalliques, les fichus, bonnets, qui emprisonnent et privent d'air, ainsi que les frisures et faux cheveux.

Peigner matin et soir les cheveux à la brosse et au peigne, après les avoir divisés en plusieurs parties, les tenir vers la racine pour éviter de les tirailler et agir avec patience et lenteur, sans brusquerie.

Le soir natter peu serrés en plusieurs nattes, en les laissant pendre sans les couper par des liens étroits. Les abandonner si possible quelques heures dans la journée déliés et tombant sur les épaules, en ayant soin de les séparer des vêtements (auxquels ils pourraient adhérer) par un linge de toile.

Chez la jeune fille et la femme, il existe des mues physiologiques qui n'ont aucune gravité, elles sont normales. Il est au contraire des mues, qui sont le fait du fonctionnement génital; règles, grossesses, etc. Elles se réparent d'elles-mêmes.

On a recommandé à « chaque lune » soit de couper, soit de brûler légèrement l'extrémité des cheveux.

Le raccourcissement mensuel des cheveux a en effet une action salutaire sur la nutrition générale des cheveux.

Soins hygiéniques propres à tous les âges et sexes. — Les soins à donner aux cheveux sont les mêmes pour l'homme et la femme, mais la technique en est différente chez la femme, vu l'epaisseur et la longueur des cheveux.

Dès que la chevelure est longue, il faut, pour atteindre le cuir chevelu, faire au préalable des raies et porter l'agent hygiénique ou thérapeutique dans ces raies à l'aide d'un porte-objet mince et rigide, afin de pouvoir appuyer et frotter. Ce porte-objet (ouate à l'extrémité des doigts, pince, brosse, bouts de bois taillés) ne doit jamais être capable de blesser et doit toujours être bien propre. L'ouate hydrophile stérilisée est le meilleur porte-liquides, pommades ou mixtures.

Il faut éviter de mouiller les cheveux et le cuir chevelu à l'eau froide qui altère les cheveux et peut occasionner des refroidissements ou des congestions locales.

Si l'eau simple est d'une façon générale mauvaise aux cheveux, il semble que l'eau de mer ne soit pas aussi nocive puisqu'on se sert dans certains pays d'eau salée pour les soins de la tête. Il faut tenir compte du reste, dans les chutes de cheveux survenant après un séjour à la mer, des conditions de climat et de régime.

Les cheveux doivent toujours être séchés à fond, et essuyés avec un linge, en frottant toujours dans le même sens.

A l'état normal, leur consistance est lisse, ils sont glissants; pris entre les doigts, ils ne sont ni gras, ni secs, frottent les uns sur les autres, en produisant une légère crépitation, leur extrémité est mousse, entaillée obliquement (1).

Le cuir chevelu, à l'état normal, est blanc, lisse, ni gras, ni humide, il ne salit, ni ne

(1) Il faut examiner avec soin l'extrémité des cheveux. Il est, en effet, très fréquent d'observer, chaque fois que le cuir chevelu est malade, et surtout lorsque la nutrition du cheveu est troublée, la bifidité de l'extrémité libre ou trichoptilose.

mouille le doigt ou l'ouate; au toucher il donne une sensation de tension et de résistance; pris entre les deux doigts, il est difficile à saisir et se sépare difficilement du plan osseux.

L'hygiène a pour but de maintenir les cheveux et le cuir chevelu dans cet état par des lavages et lotions, qui nettoient; par des soins appropriés à l'état sec ou gras du cheveu, ou à l'état sec, gras ou squameux du cuir chevelu.

2° **Hygiène conservatrice. — Lavages du cuir chevelu et des cheveux.** — Ces lavages doivent être pratiqués dès que le cuir chevelu est sale, tous les quinze jours ou tous les mois en moyenne, selon la profession.

Les procédés les plus simples sont souvent les meilleurs : les savons, les préparations à base saponinée, les mélanges alcalins, les préparatians ammoniacales donnent d'excellents résultats sur les cuirs chevelus sains.

Voici les lotions ou schampoings les plus simples :

Eau bouillie..... 500 grammes.

avec un jaune d'œuf battu (Besnier).

Eau de chaux..... 500 grammes.

et trois jaunes d'œufs (Jackson).

Eau chaude et savon simple, ou bien savon au panama, au goudron, à l'ichtyol, à l'acide salicylique.

Décoction à chaud d'écorce de bois de Panama.

Coaltar saponiné Le Beuf : à la dose d'une cuillerée à entremets ou à soupe pour un litre d'eau bouillie chaude.

Aussitôt après le nettoyage, les cheveux sont séchés. S'ils restent secs, cassants, difficiles à peigner, il suffit d'enduire une brosse douce, ou la paume de la main d'huile aromatisée et de les frotter légèrement, en évitant l'excès de graissage.

3° **Hygiène curative.** — Chaque variété et couleur de cheveu nécessite des soins spéciaux. Il faut signaler, avant d'en conseiller l'usage, que l'emploi de certains agents modifie la couleur des cheveux : l'huile les noircit, l'ammoniaque les décolore ou les rougit légèrement.

Hygiène des cheveux secs. — Les cheveux secs deviennent fragiles, cassants, tombent et s'accompagnent de pellicules.

Les lavages répétés ont une mauvaise action sur eux. Ils devront être rares, être simplement savonneux ou alcalins.

Il faut user des corps gras à doses modérées, en graissant soit à la main, soit avec une brosse douce.

Les meilleures préparations sont composées de : huile d'amandes douces, vaseline, moëlle de bœuf, baume du Pérou, auxquels on adjoint des essences aromatiques.

L'indication pour modifier cet état des cheveux est de modifier l'état général, car on rencontre souvent : l'anémie, la dyspepsie, les troubles utéro-ovariens, ou bien le malade relève de maladie aiguë, est sous le coup d'une dénutrition générale.

La seconde indication est de notifier et exciter le cuir chevelu par les irritants (acide acétique) et les toniques (pilocarpine, cantharides, quinine).

Hygiène des cheveux gras. — Les cheveux gras sont souvent l'accompagnement d'un état graisseux du cuir chevelu appelé stéatidrose ou séborrhée huileuse, indice d'une calvitie future.

Ils doivent être lavés souvent avec du savon mou de potasse, du savon au panama, des infusions et décoctions de panama.

L'usage des préparations saponinées (coaltar saponiné Le Beuf, saponine), des alcalins (borate de soude, bicarbonate de soude de 5 à 20 p. 100) est indiqué.

Suivant Brocq, l'usage de l'ammoniaque et de l'éther de pétrole est excellent : l'ammoniaque sous forme d'eau sédative coupée de 5 à 6 fois son volume d'eau; l'éther de pétrole, soit pur, soit associé à l'alcool, à l'éther et aux huiles volatiles.

Ce nettoyage doit être fait avec précaution, l'éther de pétrole et les huiles étant très inflammables (1).

Traiter en outre la séborrhée huileuse.

On conseille également l'usage de poudrages avec des poudres inertes : poudres d'amidon, d'oxyde de zinc, laissées pendant quelques heures, puis enlevées à la brosse.

Hygiène de la sécheresse du cuir chevelu. — Les mêmes agents que pour les cheveux secs sont indiqués. Il est nécessaire, en outre, de faire agir des modificateurs dont les principaux sont les préparations goudronnées, phéniquées et salicylées, incorporées à des corps gras, à des baumes ou à des alcoolats qui activent la circulation du cuir chevelu.

Hygiène de l'état graisseux du cuir chevelu. — On peut employer les lavages savonneux à bases de saponine (bois de Panama), d'alcalins (ammoniaque, borate et bicarbonate de soude, borax), les frictions à l'éther de pétrole, seul ou associé aux alcools et huiles volatiles, les lotions et frictions éthérées et alcooliques. Les pommades à base de soufre, d'huile de cade, d'acide salicylique sont les meilleurs topiques.

Hygiène des cuirs chevelus hyperidrosiques. — Les cuirs chevelus sur lesquels se produit uns transpiration abondante seront lotionnés souvent à l'eau froide ou à peine tiède coupée d'alcool salolé, de vinaigre aromatique (une cuillerée à entremets par litre). Frictions excitantes à la brosse, à l'aide de solutions excitantes (acétiques, salicyliques, naphtolées). Employer des pommades aux mêmes bases.

Si la transpiration est excessive, poudrer tous les soirs avec une poudre inerte.

Chez l'homme, il faut maintenir les cheveux courts, chez la femme, les aérer le plus possible.

Hygiène du pityriasis simplex ou pellicules. — Cet état du cuir chevelu est des plus fréquents.

Le pityriasis augmente à la suite de tous les vices d'hygiène, alimentaires ou autres: abus de nettoyages excitants, de frictions éthérées, excitantes; habitudes mondaines, vie confinée, défaut d'exercice, à la suite du surmenage, des maladies, des troubles de nutrition; il est fréquemment en rapport avec les phases sexuelles. D'où nécessité d'une hygiène générale et du traitement de la cause.

Localement il faut tenir compte, si le cuir chevelu est sèc, gras, hyperidrosique et s'adresser à chacun de ces états.

Contre les pellicules viennent en premier lieu les lavages aux savons ou alcalins, aux savons mous; les préparations saponinées. Les lotions et frictions alcooliques et éthérées (alcoolats. éther de pétrole, huiles essentielles). Les applications de pommades soufrées, salicylées, goudronnées; les préparations mercurielles : au nombre desquelles l'emploi de la liqueur de Van Swieten; les lotions sulfureuses.

(1) Il a été déjà enregistré des cas de brûlures suivies de mort après emploi de ces produits devant un foyer lumineux.

Extrait de *Les Maladies du cuir chevelu*, par P. Gastou, un vol. in-18, de la Collection des *Actualités Médicales*, Paris, 1902, J.-B. Ballière et fils.

LES DILATATIONS DE L'ESTOMAC. — LEUR TRAITEMENT

par le Dr M. Soupault, médecin des Hôpitaux.

(*Suite*)

2. — Traitement spécial des dilatations par insuffisance

Il ne sera question, dans ce chapitre, que des dilatations par atonie, l'existence de dilatations par gastrite étant très incertaine, ainsi que celles de dilatations par adhérences périgastriques dont nous avons plus haut affirmé la rareté.

I. Traitement médical. — Si l'on se reporte à ce que nous avons écrit plus haut, on verra qu'il est utile, dans le traitement de cette forme de maladie, de soigner l'état général autant et peut-être plus que l'estomac lui-même.

Régime alimentaire. — L'établissement d'un *régime alimentaire* convenable est de la plus haute importance.

Nous en avons donné plus haut les règles générales. Nous devons cependant ajouter quelques observations plus spécialement appropriées aux cas qui nous occupent.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la *quantité d'aliments* qu'il convient de prescrire. Les uns, sans s'inquiéter de l'état de l'estomac et des phénomènes dyspeptiques qu'ils considèrent comme d'importance secondaire, cherchent surtout à agir sur l'état général de l'organisme, en stimulant la nutrition, et préconisent l'alimentation abondante et même la *suralimentation*.

Les autres, prenant en considération surtout l'hyposthénie gastrique, conseillent, pour éviter la surcharge et la distension des organes digestifs, une *alimentation restreinte*, de petits repas; ils y ajoutent la *réduction des boissons* et des aliments où les matières nutritives sont diluées dans une grande quantité de liquides (*régime sec*).

Ces deux méthodes donnent, selon les cas, de bons et de mauvais résultats; elles ont toutes deux leurs indications spéciales que, pour notre part, nous concevons de la façon suivante :

Tous les cas d'atonie gastrique sont loin de se ressembler au point de vue clinique : les phénomènes associés, l'état de la nutrition générale, l'irritabilité nerveuse, les affections des autres organes multiplient à l'infini les aspects cliniques de la maladie. Or, c'est surtout de ces phénomènes associés que le clinicien devra se préoccuper et, avant tout, de la réaction générale de l'organisme. Lorsque l'état général est mauvais, que le système nerveux est profondément atteint, qu'ils se manifeste des signes de neurasthénie accentuée, que la dénutrition et la désassimilation sont accusées, tous symptômes qui ont comme corollaire un amaigrissement progressif et plus ou moins accentué, il y a intérêt à suralimenter les dilatés sans tenir compte de leurs troubles digestifs, et, même si l'ectasie et l'atonie gastrique sont très prononcées. Nous avons vu, pour notre part, se produire par cette méthode de véritables résurrections dans des cas de dilatations asthé-

niques graves. A la suite de ce traitement, les fonctions digestives se raniment et les malaises s'atténuent et disparaissent, en même temps que le poids du corps augmente, que les forces reprennent et que le système nerveux retrouve son équilibre. L'amélioration est souvent complète, toujours appréciable.

La suralimentation peut se faire, lorsque l'appétit est suffisant, sans recourir à aucune manœuvre spéciale. Les poudres de viande, la viande crue, les œufs crus, le lait en font les frais. On prescrit de prendre ces aliments à deux repas supplémentaires copieux, le matin et à quatre heures de l'après-midi tandis que les autres repas du midi et du soir sont maintenus.

Mais si l'appétit est insuffisant, ou si les digestions se font mal, il est nécessaire de recourir à le sonde œsophagienne. Le cathétérisme a souvent, par lui-même, des effets surprenants. Alors que les aliments avalés naturellement provoquent des douleurs et parfois même sont rendus par vomissement, ces mêmes aliments, pris par la sonde, sont parfaitement tolérés et digérés. L'explication de ces faits reste obscure, mais, cependant, il est légitime d'admettre que l'introduction de la sonde provoque une excitation de l'estomac et peut être de l'intestin, qui favorise l'acte digestif Quoi qu'il en soit, les effets de l'alimentation par la sonde, du *gavage*, comme il est d'usage de l'appeler, sont tout à fait remarquables, et on ne saurait trop en recommander l'emploi.

A côté des dilatés maigres, il existe des dilatés gras quelquefois obèses, souvent pléthoriques, présentant les stigmates bien connus de l'arthritisme. Ces malades se trouvent fort mal de la méthode précédente. Chez eux il faut, au contraire, réduire l'alimentation dans une forte mesure. Non seulement on ordonnera une alimentation légère, mais dans bien des cas, il sera bon de conseiller le régime végétarien mitigé consistant dans l'abstention de la viande et des aliments gras, mais permettant l'usage du lait, des œufs et du poisson. On obtiendra souvent de la sorte un amaigrissement salutaire, l'atténuation et même la disparition de bien des troubles locaux ou généraux attribués à la dilatation de l'estomac et dus, en réalité, à des phénomènes toxi-alimentaires chez des sujets atteints de ralentissement de la nutrition.

Enfin, chez certains dilatés il sera inutile de régler la quantité d'aliments et on leur permettra de manger à leur appétit, en se contentant de recommander de simples prescriptions hygiéniques.

Il nous reste à dire quelques mots sur le *régime des boissons*. On sait que M. Bouchard et ses élèves ont recommandé le *régime sec*, c'est-à-dire la quasi-abstention des boissons et des mets contenant une grande quantité d'eau, notamment des potages. Nous croyons, pour notre part, que le régime sec a peu d'avantages et par contre de gros inconvénients. Il a peu d'avantages, car il n'est pas démontré que l'on obtienne de cette façon une diminution de l'atonie et de la dilatation. Nous avons vu des malades soumis depuis plusieurs mois au régime sec et chez lesquels l'estomac présentait une dilatation très marquée. D'autre part, les inconvénients du régime sec sont évidents. Tout d'abord la privation de boisson amène rapidement chez les neurasthéniques un amaigrissement notable, de plus, surviennent une constipation très marquée et une réduction considérable des urines dont la densité augmente. Il en résulte que les substances toxiques contenues dans l'intestin, d'ordinaire évacuées avec les selles, et les toxines contenues dans le sang qui, normalement, s'éliminent par les reins, s'accumulent dans l'organisme et contribuent à exagérer les phénomènes morbides.

Nous croyons donc, avec beaucoup de bons auteurs, qu'il est utile de faire prendre aux dilatés une certaine quantité de boissons, variant entre 1.200 et 1.500 grammes par jour.

Dans la plupart des cas, elles seront absorbées aux repas. Cependant chez certains gastropathes on observe une certaine répugnance pour tous les liquides : alors que la digestion des matières alimentaires solides ou demi-liquides se fait bien, sans provoquer aucune sensation pénible, celle-ci apparaît dès l'ingestion d'une quantité même minime de boisson. Cette *dyspepsie des liquides* n'est pas très rare. C'est une idiosyncrasie impossible à prévoir et à expliquer, mais qui n'est pas en rapport avec l'état organopathique de l'estomac. Quoi qu'il en soit, elle contre-indique l'usage des boissons aux repas. Il faut alors faire prendre la quantité de liquide suffisante à distance des repas, soit vers dix heures du matin, vers quatre heures du soir, et le soir en se couchant, de préférence sous forme d'infusions chaudes qui stimulent la motricité et la sécrétion gastriques.

Chez certains malades, de préférence les arthritiques, il est bon d'ordonner des boissons abondantes, d'ordinaire bien supportées par l'estomac, et qui ont l'avantage, en faisant un véritable lavage du sang, de favoriser la dépuration urinaire.

Traitement médicamenteux. — Il n'existe pas de médication spécialement applicable à l'atonie gastrique. Les indications thérapeutiques sont fournies moins par l'existence de la dilatation que par les phénomènes dyspeptiques et les troubles généraux qui l'accompagnent et qui sont, on le sait, très variables. Chaque cas réclame donc une thérapeutique différente et on ne peut donner de règles univoques.

En thèse générale, il faut être avare de médicaments; la polypharmacie aboutit à des résultats désastreux. Aux malades qui n'ont que de légers malaises, on ne prescrira que le régime et les agents physiques. Pour les autres, la thérapeutique s'inspirera des indications symptomatiques.

Amers. — Chez un grand nombre de dilatés, il existe une sorte de torpeur des fonctions stomacales, anorexie, distension de la tunique musculaire, insuffisance de la sécrétion. Il est rationnel dans ces cas de chercher à exciter les fonctions stomacales. Les *amers*, quinquina, gentiane, colombo, quassia amara, condurango, rhubarbe, noix vomique, etc., sont indiqués pour exciter l'appétit. On les administre sous forme de teintures, d'extraits fluides, de tisanes. On peut y adjoindre certaines substances qui semblent avoir une action particulièrement efficace sur les fibres lisses, tels l'ipéca, l'hydrastis canadensis, l'hamamelis virginica, l'ergotine.

Alcalins. — Faut-il, dans l'atonie gastrique avec hypochlorhydrie, administrer des *acides* ou des *alcalins*; c'est là une question embarrassante et qui mérite d'être discutée.

Il semble démontré par de nombreux travaux concordants que les *alcalins* et tout spécialement le bicarbonate de soude à faible dose et à dose moyenne de un à trois grammes, pris avant le repas, excitent la sécrétion gastrique chez les hypochlorhydriques et amènent une évacuation plus rapide de l'estomac.

D'autre part, quoique moins nombreuses, toutes les expériences sur l'action des *acides* sur la digestion gastrique, aboutissent à une même conclusion, à savoir que ces substances retardent l'évacuation de l'estomac en provoquant une contracture réflexe du pylore. Quant à leur action sur le chimisme gastrique, il n'en est guère question, et, si nous en jugeons par notre expérience personnelle, elle nous semble insignifiante. Quelques auteurs prétendent même qu'ils dépriment la sécrétion par inhibition.

Acides. — De ce qui précède, il résulte donc que, dans la dyspepsie avec atonie gastrique et lenteur des digestions, l'administration des alcalins, à petite dose, est plus rationnelle que l'administration des acides. Ceux-ci, pour le dire en passant, trouvent leur emploi dans les gastrites avec hypochlorhydrie, atonie, s'accompagnant d'une

évacuation hâtive de l'estomac et coïncidant fréquemment avec de la diarrhée. A ce point de vue l'expérience clinique semble bien d'accord avec la théorie.

Ferments digestifs. — L'utilité des *ferments digestifs*, pancréatine, papaïne et pepsine est très discutée, surtout lorsque la sécrétion gastrique est peu altérée. En tout cas, si l'on donne la pepsine, il faudra conseiller non la pepsine du codex, mais des pepsines très actives au titre de 200, 400 et plus, qu'on trouve maintenant dans le commerce. La dose à prescrire est de 1 gramme à 1 gr. 50 environ après chaque repas.

Suc gastrique. — M. Frémont a préconisé l'usage du suc gastrique de chien ou *gastérine*, dans ls dyspepsies avec hypochlorhydrie. MM. Launois, Le Gendre, Mathieu, Rendu, ont célébré les bons effets qu'ils en avaient obtenus. Nous croyons aussi, pour notre part, aux bons effets de la gastérine, mais nous pensons qu'elle ne trouve que rarement son indication dans l'asthénie gastrique avec dilatation, et que tout au moins elle ne doit être employée que dans les cas très graves, avec altération profonde de l'état général.

Peptone. — Enfin, nous recommandons souvent l'usage de la *peptone*, à la dose d'environ 10 grammes par repas. Notre but n'est pas d'introduire dans l'organisme de l'albumine déjà digérée dont l'assimilation est plus qu'hypothétique. Nous nous basons sur les expériences de M. J.-Ch. Roux qui ont montré qu'un repas d'épreuve additionné de peptones s'évacuait plus rapidement dans l'intestin.

Médicaments calmants. — Lorsqu'il n'existe qu'un peu de pesanteur gastrique, il est inutile, sinon nuisible d'administrer de *médicaments calmants*. Si, au contraire, il existe de la gastralgie, il est indispensable d'y avoir recours.

La douleur est due soit à une hyperesthésie locale de l'estomac, soit à une irritabilité du système nerveux, soit, et le plus souvent, à ces deux causes à la fois. La médication doit varier selon ces différents cas. Dans le premier cas, on donnera des préparations pouvant engourdir les terminaisons nerveuses de l'estomac : eau chloroformée, eau mentholée, les divers médicaments opiacés, la morphine, la codéine, la belladone, l'extrait de cannabis indica, etc. Leur mode d'administration devra varier selon les cas. Si la douleur se déclare dès l'ingestion alimentaire, il est bon de prescrire les médicaments, de préférence à l'état liquide et environ un quart d'heure avant le repas; on les prescrira au contraire à la fin du repas, sous forme de poudres ou de pilules, chez les malades qui ne souffrent que quelque temps après être sortis de table.

Lorsque l'on aura affaire à un sujet très nerveux, agité, irritable, présentant des stigmates nerveux accentués, et accusant des douleurs d'estomac en dehors des repas, il y aura intérêt à prescrire le valérianate d'ammoniaque et les bromures, alternativement. L'administration des bromures est souvent très efficace; on peut y associer le chloral. Voici une formule qui nous a donné toujours des effets très heureux.

Bromure de calcium	15	grammes
Hydrate de chloral	5	—
Codéine	20	centigr.
Eau de laurier-cerise } Eau simple }	ãã 75	grammes

Dans quelques cas assez rares, la douleur est due à l'existence d'une hyperacidité du suc gastrique; il est alors nécessaire de prescrire les alcalins à assez hautes doses et surtout à doses répétées : un cachet toutes les heures, de façon à entretenir la

neutralité du milieu gastrique. Toutefois, il faut prescrire en même temps des antigastralgiques, car l'action des alcalins, nous l'avons souvent remarqué, est beaucoup moins efficace chez ces malades que chez les hyperchlorhydriques avec syndrome pylorique.

Les vomissements sont souvent la conséquence des douleurs et disparaissent avec elles; s'ils persistent, il ne faut guère compter sur le traitement pharmacothérapique pour les faire disparaître. C'est au repos et aux agents physiques qu'il faudra s'adresser. La glace et les boissons glacées sont quelquefois assez utiles. Quant aux boissons gazeuses et particulièrement la fameuse potion de Rivière, nous en nions résolument les effets, malgré la tradition.

Antiseptiques. — On a quelque peu abusé des *antiseptiques* dans le traitement de la dilatation. Leur emploi, très rationnel d'après la théorie, donne des résultats peu appréciables dans la pratique. Ils nous paraissent surtout utiles dans les cas, d'ailleurs assez rares, où existe de la stase permanente. On peut aussi les conseiller dans les cas où prédominent les troubles intestinaux accompagnés de fermentations; ils ont en effet plus d'action contre les fermentations intestinales que contre les fermentations stomacales.

Les principaux antiseptiques internes sont : la résorcine, le benzonaphtol, le bétol, l'acide salicylique et ses dérivés ; le naphtol B nous a paru trop irritant. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que les petits *purgatifs* répétés, huile de ricin, calomel, sulfate de soude, magnésie, etc., sont des adjuvants utiles, des antiseptiques intestinaux, car ils provoquent l'issue des matières intestinales et s'opposent à la stase stercorale.

Traitement général. — Chez beaucoup de neurasthéniques, l'état général est défectueux, il y a un amaigrissement très grand, une dépression marquée, une véritable déchéance physique et morale. L'emploi des *toniques* s'impose. On a conseillé l'usage de la kola, du quinquina, de la caféine, des phosphates et des glycérophosphates, de la lécithine, etc. ; nous avouons ne pas avoir retiré de ces diverses médications les résultats que nous avions espérés.

Le cacodylate de soude, au contraire, semble avoir une influence assez nette. Nous en avons retiré de bons effets. Il est préférable de l'employer en injections sous-cutanées, à cause de son influence irritante sur les muqueuses gastrique et rectale. On peut aussi espérer de bons effets du méthylarsinate de soude, encore connu sous le nom d'arrhénal ou de néo-arsycodile, que M. Gautier a récemment introduit dans la thérapeutique comme succédané des cacodylates, et sur lesquels il présenterait l'avantage de pouvoir, sans inconvénient, être prescrit à l'intérieur.

Agents physiques. — Ils rendent de grands services dans le traitement des malades atteints de dilatation atonique.

Hydrothérapie. — L'hydrothérapie est presque constamment utile ; il n'est guère de malades qui ne s'en trouvent bien. Mais les méthodes à appliquer doivent être appropriées au tempérament de chaque individu. Il faut du tact et souvent aussi des tâtonnements pour prescrire la méthode hydrothérapique convenable. En général, chez les névropathes excités, les *douches* sont préférables. On les donnera d'abord tièdes, écossaises, puis froides ; en tous cas, elles seront courtes. Pour les neurasthéniques déprimés, les malades anémiés, le *drap mouillé* est préférable. Enfin chez les malades obèses, arthritiques, les douches ne sont pas très bien supportées et les *grands bains chauds* sont plus indiqués. Ce sont là des indications générales auxquelles, bien entendu, il existe de nombreuses exceptions.

Massage. — Il est aussi d'un précieux secours. Cependant, il demande à être appliqué avec circonspection, car, dans beaucoup de cas, il peut être nuisible. Il faut distinguer le *massage général* et le *massage abdominal.* Le massage général est indiqué à peu près dans tous les cas où domine la neurasthénie, la fatigue, les courbatures générales, la brisure des membres; il est indiqué aussi chez les obèses. C'est dire qu'il est bon dans la plupart des formes de dilatation par insuffisance. Nous le croyons cependant contre-indiqué, momentanément du moins, lorsqu'il y a un amaigrissement marqué et un épuisement nerveux considérable. Pour le massage abdominal, y faut y regarder de plus près. En général nous le proscrivons chaque fois qu'il y a une hyperesthésie trop vive de l'estomac, se manifestant par des douleurs et plus encore par des vomissements. Nous avouons que nous ne croyons pas au prétendu effet calmant des massages. Nous proscrivons aussi ceux-ci dans les cas où il existe des crises d'entéralgie. Au contraire nous avons toujours été très satisfait des résultats obtenus dans les cas, très nombreux, qui se manifestent par de la lenteur des digestions, avec engourdissement général, et surtout chez les pléthoriques obèses, atteints souvent aussi de constipation par atonie de l'intestin et dont le foie est d'ordinaire congestionné. Chez ces malades, dont la circulation porte se fait mal, on obtient par le massage abdominal des effets que nulle autre médication ne peut prétendre à obtenir.

Gymnastique suédoise. — La gymnastique suédoise est un utile complément du massage général et doit être employée dans les mêmes circonstances.

Electrothérapie. — Elle a des partisans et des détracteurs. Nous nous rangeons parmi les indifférents. Nous n'avons pu encore préciser exactement les indications de cette méthode dans l'affection qui nous occupe. Nous croyons en réalité qu'elle n'a pas une action bien nettement efficace. D'ailleurs les expériences physiologiques, faites en Allemagne et en Amérique sur l'action des différents modes d'électrisation interne ou externe, sur la musculature et les glandes de l'estomac n'ont pas permis de conclusions bien nettes, d'accord en cela avec les constatations cliniques.

Nous ne parlons ici, bien entendu, que de l'électricité locale. Quant à l'électrisation générale, il ne nous appartient pas d'en parler ici et nous renvoyons nos lecteurs aux traités spéciaux des maladies du système nerveux.

Traitement des troubles intestinaux. — Il ne faut pas oublier que les malades atteints de dilatation par insuffisance ont souvent des troubles intestinaux de diverses natures dont il est fort utile de s'occuper, car ceux-ci ont une répercussion très marquée sur l'état de l'estomac. La constipation, sous ses diverses formes, est d'une fréquence très grande; pour la combattre, on donnera des *purgatifs ou des laxatifs* doux et des *lavements.* Chaque malade a son médicament de choix qui lui réussit et ne réussit pas à son voisin : il faut tenir compte des idiosyncrasies. De même, on sait que tout laxatif perd à la longue son efficacité, et demande à être remplacé au bout de quelque temps. Ces réserves faites, nous donnons la préférence, dans la majorité des cas, à l'huile de ricin (une cuillerée à dessert 2 fois par semaine) ou aux sels de soude (sulfate, phosphate, chlorure de sodium, sel de Carlsbad). Nous recommandons la formule suivante :

Phoshate de soude.....	5	grammes
Sulfate de soude.....	4	—
Bicarbonate de soude.....	3	—

Pour un paquet à dissoudre dans une bouteille et à prendre tous les deux jours par verre à boire le matin à jeun.

Les *lavages d'intestin* méritent d'être prescrits chez tous les dilatés atteints de troubles intestinaux (diarrhée ou constipation). On les donne de la façon suivante : les malades sont placés dans la position horizontale, le siège relevé, la tête basse, les genoux fléchis, la bouche largement ouverte. L'eau (1 litre 1/2 d'eau bouillie à 45°), contenue dans un bock accroché à 75 centimètres au-dessus du plan du lit, est amenée dans l'intestin par un tube en caoutchouc muni d'une canule en os (modèle courant). Le lavage doit être pris lentement en cinq ou six minutes environ et être rendu dès qu'il est absorbé.

Il faut toujours recommander aux malades de se présenter à la garde-robe et d'avoir une selle, si possible, immédiatement avant de prendre le lavage. On leur évite ainsi l'inconvénient de ne pouvoir aller à la garde-robe sans lavements.

Sonde gastrique. — Elle trouve souvent son emploi chez les dilatés par insuffisance. Tout d'abord on est souvent appelé à pratiquer le cathétérisme pour faire l'alimentation artificielle. L'anorexie est fréquente chez les malades de cette catégorie et la suralimentation, comme nous l'avons déjà dit plus haut, est chez eux une merveilleuse méthode de traitement. L'introduction d'aliments liquides et en poudre par la sonde permet cette suralimentation. De plus, il est remarquable que souvent les aliments introduits de cette façon sont mieux tolérés et mieux digérés que ces mêmes aliments introduits par la bouche. Quoique d'une interprétation difficile, ce fait peut être journellemsnt constaté.

Le cathétérisme peut avoir encore pour but de pratiquer le lavage de l'estomac. Cette pratique s'impose et donne des résultats excellents lorsqu'il existe de la stase gastrique.

Mais faut-il y avoir recours lorsque cette complication n'existe pas? Nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative. Nous ne croyons guère aux fermentations gastriques lorsqu'il n'existe pas de stase, et ce n'est pas pour nettoyer la cavité stomacale que nous préconisons les lavages. Mais l'introduction du tube dans l'estomac excite vivement les mouvements et la sécrétion de l'organe.

D'autre part, on sait aussi que les lavages d'estomac provoquent le péristaltisme intestinal. Ceux-ci agissent donc à la façon d'une véritable *douche stomacale*, terme dont se servent souvent d'ailleurs les auteurs allemands. D'après ce que nous venons de dire, les lavages de l'estomac semblent indiqués, lorsqu'il existe de l'insuffisance de l'estomac avec atonie intestinale. Nous les croyons contre-indiqués dans les cas d'hyperesthésie gastrique et lorsqu'il existe de l'entérite muco-membraneuse avec spasme de l'intestin.

Ceinture. — Les dilatés se trouvent souvent fort bien du *port d'une ceinture abdominale.*

Celle-ci est indispensable dans les cas de relâchement marqué de la paroi abdominale, avec ou sans éventration. Elle s'impose aussi, à notre avis, chez les malades dont la paroi abdominale est suffisamment résistante, mais qui présentent les diverses variétés de la splanchnoptose (gastroptose, entéroptose, néphroptose, hépatoptose). Elle est moins nécessaire, mais cependant encore utile dans la simple dilatation, lorsque celle-ci est très marquée et que les aliments et les gaz contenus dans l'estomac en distendent très fortement les parois. Nous conseillons à nos malades le port d'une ceinture lorsque nous constatons pendant la période digestive que la grande courbure dépasse l'ombilic de deux travers de doigt; ou encore quand l'estomac se laisse très fortement distendre par l'insufflation pratiquée à jeun.

Quel que soit le cas auquel on ait affaire, la ceinture doit toujours être d'un même modèle. Nous ne sommes guère partisan de la sangle de Glénard, qui nous a semblé brider les organes abdominaux sans les maintenir, malgré l'addition, souvent gênante d'ailleurs, de pelotes. Nous préférons de beaucoup la ceinture hypogastrique haute allant du pubis au-dessus de l'ombilic et garnie d'ouate. Les ceintures doivent être faites sur mesure et capitonnées selon les indications à remplir. En général, elles doivent être épaisses au niveau du pubis et diminuer graduellement vers l'ombilic. En cas de néphroptose ou d'hépatoptose, il faudra avoir soin de faire poser une épaisse couche d'ouate pour soutenir le foie et le rein. Ainsi comprise, la ceinture abdominale relève les organes, non pas en agissant sur eux directement, mais par l'intermédiaire de l'intestin sur lequel ils reposent.

Nous préférons de beaucoup la ceinture à tous les *corsets hygiéniques* plus ou moins bien compris qu'on a voulu lui substituer et qui pour la plupart remplissent insuffisamment le but qu'on se propose par leur emploi.

II. Traitement chirurgical. — Le traitement chirurgical ne donne pas de résultats appréciables chez les malades atteints de dilatation par insuffisance. Pour notre part, nous n'en avons fait opérer que trois : ces malades étaient atteints, en même temps que de dilatation, de douleurs intenses avec vomissements, d'une hypochlorhydrie prononcée et d'un dépérissement marqué, ensemble symptomatique pouvant faire soupçonner un cancer au début. Ces trois malades, en réalité dyspeptiques nerveux, dont le pylore et l'estomac ne présentaient aucune lésion, n'ont pas été améliorés. Deux ont subi la gastro-entérostomie et un la pyloroplastie. Outre ces trois malades, nous en avons vu dix autres, qu'un interrogatoire minutieux nous a permis de ranger dans la même catégorie de dilatés; chez eux non plus l'intervention chirurgicale n'a été suivie d'aucune amélioration, ils sont restés aussi dyspeptiques qu'avant l'opération. Deux même ont vu leurs troubles subjectifs notablement aggravés. Au point de vue local, la dilatation avait persisté.

Cet échec de l'intervention chirurgicale s'explique si l'on veut bien se rappeler ce que nous avons dit plus haut, à savoir que la dilatation par insuffisance relève bien plus d'une asthénie générale du système nerveux que d'un état anatomique local de l'estomac.

Il est cependant une intervention qui paraît justifiée dans un certain nombre de cas : *c'est la gastropexie*, lorsqu'il existe de l'entéroptose et de la dislocation verticale de l'estomac. Mais il ne faut se résoudre à cette opération que quand les moyens orthopédiques déjà indiqués n'ont pas donné de résultats suffisamment appréciables.

---

(1) Extrait de *Les dilatations de l'estomac*, par M. Soupault, un vol. in-18, de la collection des *Actualités médicales*, Paris, 1902. J.-B. Baillière et fils.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux.

Valeur thérapeutique de la quinine dans la fièvre typhoïde et dans quelques autres affections (*Archives russes de pathologie et de bactériologie*, n° 3, 1902). — KERNIGUE emploie la quinine dans la fièvre typhoïde depuis 37 ans et cette longue expérience lui a démontré l'action favorable que ce médicament exerce sur l'évolution de la maladie au point de vue purement clinique, abstraction faite bien entendu du processus pathologique à proprement parler.

En ce qui concerne l'action abortive de la quinine sur la fièvre typhoïde, *Kernigue* à l'encontre d'*Erb*, la nie.

Voici quelle méthode suit l'auteur dans le traitement de la fièvre typhoïde. Le malade reçoit journellement deux bains à 30° C. et tous les deux jours le soir (entre 6 et 8 heures) 1 gramme de chlorhydrate de quinine, si la température atteint à 5-6 heures 39°-39°, 5° et au-dessus et en l'absence de contre-indications (vomissements principalement) à la quinine. En même temps que la quinine et les bains l'auteur prescrit de larges compresses sur le ventre; dans les cas de bronchite grave ou de pneumonie, les compresses doivent recouvrir non seulement le ventre, mais le thorax jusqu'aux aisselles. On administre souvent de l'acide chlorhydrique dans de la teinture de valériane, du camphre, du vin et du musc et autres médications symptomatiques.

Sur 3704 cas de fièvre typhoïde, observés pendant ces dix dernières années, Kernigue n'a eu que 7, 6 0/0 de mortalité tandis que la mortalité a atteint de 9 à 14 0/0 chez Curschmann; d'un autre côté Liebmeister n'a eu que 7, 2 0/0 Kernigue a observé que le lendemain de l'administration des bains et de la quinine, la température tombe; la courbe thermique prend un caractère rémittent, le pouls devient moins fréquent et plus plein, en même temps que le sensorium s'améliore: si à la suite de l'administration de la quinine la température a baissé le matin, il arrive souvent que même vers une heure de l'après-midi la température est inférieure à celle de la même heure de la veille; l'abaissement de la température continue même quelquefois. On peut se convaincre que la quinine agit souvent non seulement sur la température du lendemain, mais même sur celle du surlendemain.

Enfin, l'administration méthodique simultanée de la quinine, et des bains, met à l'abri, dans un grand nombre de cas graves, le malade de l'apparition de *l'état typhique* et de l'extrême faiblesse du pouls.

Les contre-indications à la quinine sont: vomissements, hémorragies intestinales, phénomènes péritoniques, perforation intestinale, grossesse. En ce qui concerne l'administration de la quinine dans d'autres affections graves, ce que nous venons de dire au sujet de la fièvre typhoïde est applicable au typhus.

Dans la fièvre réccurente les vomissements répétés s'opposent à l'administration de la quinine. L'auteur n'a constaté ni diminution de la durée de l'accès ni suppression du deuxième ou troisième accès.

Dans la pneumonie franche la quinine à la dose quotidienne de 1 gramme agit d'une façon excellente sur l'état du pouls et n'exerce pas d'action notable sur la température.

J. ROUBLEFF.

Le Paludisme en Roumanie, prophylaxie et traitement STOICESCU (*Thèse de Paris*, 1902, n° 318). — Des statistiques données par Stoicescu, il résulte que le paludisme est extrêmement répandu en Roumanie. Les régions qui avoisinent le Danube constituent ses foyers les

plus importants, en dehors d'autres foyers plus ou moins nombreux, que l'on rencontre dans ce pays.

Comme traitement, Stoicescu conseille de soumettre tous les anciens paludiques aux sels de quinine, à l'arrhénal ; il préconise encore un mélange de quinine, d'arsenic et d'amers. Le traitement doit être suivi pendant les six premiers mois de l'année, alors que les moustiques n'ont pas encore fait leur apparition. Il importe aussi de procéder à la destruction des larves de moustiques, ce qui se fait à l'aide du pétrole dont on verse dix centimètres cubes par mètre carré d'eau à désinfecter. Cette opération doit se faire à la fin de l'hiver et on la renouvelle tous les quinze jours pendant un certain temps.

L. Jumon.

Prophylaxie de la fièvre palustre par la quinine (*Medicinskoïe Obosrenie*, n° 8, 1902). — Zousoff a administré à 59 soldats la quinine dans un but prophylactique, 39 autres soldats du même bataillon ont servi de témoins.

L'expérience a été prolongée pendant 3 mois.

Voici les conclusions de l'auteur :

1° La quinine administrée soit à petites soit à hautes doses, ne préserve ni d'un premier accès ni d'une récidive, d'une façon absolue.

L'action préservatrice se manifeste particulièrement sur les hommes montant la garde.

L'anémie palustre s'est développée chez les individus apparemment sains.

Dr Roubleff.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Médecin des hôpitaux

Les principes du traitement diététique des maladies de l'estomac, par G. Melherm. (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 20 juillet 1902). — La question du régime dans les maladies de l'estomac a été beaucoup étudiée dans ces derniers temps; certaines idées anciennes ont été considérablement modifiées. On avait un peu trop négligé cette notion qu'il ne faut point, tout en traitant l'état local, négliger l'état général. Nombre de malades se soumettent eux-mêmes à une sous-alimentation véritable, soit par crainte des douleurs qui accompagnent la digestion, soit par manque d'appétit. Dans les affections aiguës de l'estomac, l'alimentation insuffisante est sans danger, puisque sa durée est relativement minime; il n'en est pas de même pour les maladies chroniques. L'expérience prouve qu'un individu pesant 70 kilogrammes a besoin en travaillant de 3.000 calories par jour. Il vaut mieux calculer en effet en calories la quantité journalière d'aliments : un gramme d'albumine et un gramme d'hydrocarbure fournissent par l'assimilation dans notre corps 4,1 calories, un gramme de graisse en fournit 9,3. C'est dans cette proportion que les corps gras, les hydrocarbures, les albumines peuvent se remplacer dans notre alimentation (loi de suppléance isodynamique des substances nutritives dans l'économie du corps de Rüdner); mais il ne faut point oublier qu'il faut ingérer une quantité minima d'albumine qui ne peut être remplacée par des corps non azotés (1/3 ou 1/4 des calories totales). Boas, Schwenkenbecher ont dressé des tables donnant la valeur calorique des aliments. Il est un autre facteur qui doit guider dans l'institution d'un régime, c'est la digestibilité des aliments : Leube d'une façon un peu empirique a construit une échelle diététique; Penzoldt l'a fait expérimentalement et est arrivé à peu près aux mêmes résultats. Il ne faut point croire d'ailleurs que l'établissement d'un régime diététique dépende de la nature pathologique de la maladie; on doit se préoccuper uniquement de troubles de la motilité ou de la sécrétion gastrique. Donc, point de formules stéréotypées : les résulats du régime ne sont bons qu'à condition d'être individualisés.

Dans l'hyperacidité gastrique, tout condiment sauf le sel doit être proscrit; les aliments devront être forcément divisés, l'alimentation à la viande ou aux albumines est la mieux appropriée, les amylacés sont mal supportés. En tout cas ils ne doivent être prescrits que sous une forme digestible et dans un estomac fraîchement lavé. A première vue, la neutralisation par le bicarbonate de soude semble simple, mais il ne faut point oublier qu'il se produit du chlorure de sodium dans le cas de neutralisation : il vaut mieux avoir recours à la magnésie calcinée concomitamment avec la morphine ou la codéine.

Dans la diminution ou la cessation d'acide chlorhydrique, on peut le remplacer par de l'acide chlorhydrique officinal ou du pankéron; l'alimentation par les hydrocarbures est préférable, à condition qu'un quart de la nourriture soit fourni par des aliments albumineux. Les préparations les meilleures sont la solution de viande Leube-Rosenthal et les peptones. L'absence de sécrétion peut pendant assez longtemps

n'être suivie d'aucun trouble; celui-ci apparaît quand la motilité est diminuée. Dans les cas d'insuffisance mécanique de l'estomac et d'ectasie il vaut mieux donner des repas fréquents et légers, sous forme d'aliments liquides ou de bouillies de grande valeur nutritive; pendant l'heure qui suit le repas les malades se reposent. Pour parer à l'appauvrissement du corps en eau, on aura recours aux lavements d'eau salée, de bouillon et de vin. Si les malades maigrisssent, il faut avoir recours à la gastro-entérostomie.

Dans le catarrhe chronique ee l'estomac le même traitement sera institué; on y ajoutera la cure d'eau salée (Wiesbaden, Hombourg, Kissingen).

Le traitement de l'ulcère de l'estomac de Leube est trop connu pour que nous le rappellions. En cas d'hémorragie gastrique l'abstinence doit être complète, le malade sera morphiné; des compresses glacées seront appliquées sur l'estomac.

Le régime du cancer de l'estomac est celui de l'insuffisance gastrique; il sera surtout très riche en éléments albumineux. Il faut que le malade soit opéré de très bonne heure avant la tumeur.

P. Sainton.

Foie mobile avec distension de la vésicule, traité par la cholécystotomie, par le Dr David Newmann (*Brit. med. Journ.*, 26 juillet 1902). — Il s'agit d'une femme de 50 ans que des douleurs progressivement croissantes du dos et de la région lombaire obligèrent à s'aliter. La douleur était subitement réveillée dans les mouvements et se produisait par accès rappelant la colique néphrétique du côté droit. Dans un dernier accès douloureux, la douleur fut accompagnée de vomissements de matières ressemblant à du chocolat. A cette époque on constata un gonflement proéminent dans le côté droit de l'abdomen. A la palpation on sentait une masse dure, mobile, occupant tout le côté droit de l'abdomen, la matité se continuait avec celle du foie et s'étendait en bas jusqu'à la crête iliaque, en avant jusqu'à l'ombilic. La tumeur était douloureuse, la partie antérieure donnait de la fluctuation. Il n'existait ni œdème, ni ascite. L'urine était foncée sans albumine, ni sucre, sans cylindres.

A la laparotomie, l'auteur trouva la vésicule biliaire énormément distendue avec des parois épaisses. L'examen des viscères montra un foie mobile en haut, en bas et à gauche. Les canaux biliaires ne contenaient pas de calculs, quoique considérablement distendus. La vésicule biliaire fut suturée à la paroi musculaire, puis incisée. Il s'écoula près d'un litre d'un liquide visqueux, foncé, contenant un grand nombre de petits calculs biliaires. La vésicule après avoir été lavée à l'eau stérilisée fut largement drainée. La malade a parfaitement guéri à l'exception d'une petite ouverture fistuleuse qui donne passage à de petites quantités de bile.

L. Jumon.

Traitement médical de la lithiase biliaire par Edgard Hirtz (*Journ. de med. et de chir. prat.*, 10 août 1902). — Bien que le traitement médical de la lithiase biliaire ne soit commencé le plus souvent qu'à l'occasion d'une colique hépatique, on peut cependant parfois soupçonner la lithiase et éviter ainsi de grandes crises. Les sujets suspects ne doivent pas se fatiguer outre mesure, ni physiquement, ni moralement; les femmes supprimeront le port du corset; on évitera les purgations trop souvent répétées, le régime sera modéré et comportera peu de viande.

Au moment des crises douloureuses, on prescrira un ou deux bains chauds par jour. On fera des applications locales chaudes et calmantes et on pourra donner à l'intérieur la potion suivante:

Eau chloroformée....	125	grammes
Sirop de codéine.....	50	—
Analgésine.....	2	—

En cas de nausées on fera prendre une préparation analogue en lavements. Si l'on est obligé d'avoir recours aux injections de morphine, on procèdera par petites doses en raison de l'état des reins.

Une fois la crise passée, on veillera sur le régime alimentaire. On proscrira l'alcool et le vin, on supprimera les graisses et les œufs, on fera faire des exercices réguliers, on donnera des douches et des laxatifs.

Parmi les cholagogues et les antiseptiques intestinaux, on donnera le benzoate de soude à la dose de 1 à 2 grammes par jour. On prescrira les capsules d'huile de Harlem de 1 à 3 par jour, au moment des repas dans l'intervalle des crises.

On peut ajouter à ce traitement des lavements froids, abondants, d'un à deux litres à 24° tous les matins. On continue ces lavages pendant huit jours avec repos de durée égale et reprise.

Une lésion cardiaque contre-indique les eaux alcalines fortes; il en est de même de la sclérose du foie, de l'état cachectique et de l'infection des voies biliaires.

L'intervention chirurgicale est souvent indiquée dans les cas de rétention biliaire, de cachexie, de poussée d'ictère, d'infection biliaire. Cependant même dans ces cas il faut savoir

attendre, car on a vu des décharges biliaires amener une amélioration définitive. Si l'on se décide à une opération il faudra la faire avant que l'état du malade ne soit trop grave.

L. Jumon.

La purgatine, purgatif nouveau, par Hœssling (*Munchener med. Wochenchrift*, n° 32, 1902). — L'auteur a étudié le diacétate d'antrapurpurine au purgatine, après Swald, Ebstein, etc. à l'hopital général de Nuremberg. Il a pu constater que ce produit insipide ne provoque jamais de troubles accessoires désagréables (nausées, vomissements, coliques), et que la première selle n'est jamais suivie d'épreintes avec évacuation de selles liquides. La dose moyenne 1 gr. 5, donne un résultat dans 95 0/0 des cas au bout de 13 heures environ, d'où l'indication d'administrer la purgatine le soir. Si l'on veut obtenir plus rapidement une selle, il faudra addra administrer 2 grammes. L'élimination de seybales s'obtient fort aisément avec la purgatine.

Le produit colore les urines en rouge, sans que le passage de ce colorant à travers le filtre rénal ne provoque aucun trouble fonctionnel ou organique.

L'auteur n'a pas observé d'accoutumance : les mêmes doses semblent rester efficaces, ainsi que le démontre un cas de constipation chronique, qui céda à l'injection quotidienne de 0 gr, 50 de purgatine.

En résumé, on se trouve en présence d'un purgatif doux, exempt d'inconvénients.

E. Vogt.

Appareil pulmonaire

Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine

Traitement de l'angio-spasme, par Edg. Hirtz (*Journal de méd. et de chirurgie prat.*, 10 août). — Le spasme vasculaire joue un rôle important dans un bon nombre d'états morbides où l'on peut croire à une lésion qui n'existe pas encore. Les troubles fonctionnels dus au spasme peuvent céder à un traitement approprié. Il en est ainsi de la fausse angine de poitrine, de certaines variétés de glaucome, de la migraine ophtalmique, de certains troubles cérébraux qui s'observent surtout chez les hystériques, comme l'hémiplégie, l'hémianesthésie ou certaines aphasies transitoires.

On observe ces angio-spasmes, surtout chez les neuro-arthritiques, parfois aussi à la suite d'intoxications : tabac, oxyde de carbone, intoxications alimentaires.

Ceux qui sont prédisposés aux angio-spasmes doivent éviter les fatigues physiques et morales, les émotions vives et le surmenage intellectuel. Le tabac leur est nuisible, leur régime doit être celui des arthritiques : lait, peu de viande, pas d'alcool, peu de vin. A cette période, la trinitrine à petites doses peut être utile :

Solution de trinitrine au 100e.....	50 gouttes
Eau.....	300 grammes

Deux cuillerées à soupe par jour; à continuer pendant trois semaines; s'arrêter si l'on voit survenir une céphalalgie gravative.

A la deuxième période que M. Hirtz appelle viscérale et qui se traduit par la dyspnée et par certains troubles cardiaques, le régime doit être encore plus sévère, on prescrira aussi l'iodure de sodium à la dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 50 par jour ou l'iodure de calcium, de strontium. L'iodure de potassium se donnera de préférence chez les syphilitiques.

Il peut survenir à cette période des attaques d'asystolie qui ne sont calmées que par la digitale, et lorsque les attaques sont passées, M. Hirtz conseille de soumettre les malades, tous les mois, pendant quatre ou cinq jours à la médication digitalique. Le strophantus, la spartéine, l'arséniate de strychnine peuvent aussi donner de bons résultats.

A la troisième période, les artério-scléreux présentent les caractères de l'asystolie. L'histoire de la maladie et son évolution peuvent faire reconnaître s'il s'agit de cardiaques, d'artériels, de pulmonaires ou de rénaux. A cette période, le repos et le régime lacté s'imposent. On purgera d'abord le malade et on lui donnera 0 gr. 15 à 0 gr. 30 de poudre de digitale en macération ou 30 à 40 gouttes de la solution alcoolique de digitaline au millième.

On n'hésitera pas à recourir à la saignée s'il y a asphyxie imminente: si le foie est gros, on mettra sur la région hépatique 8 à 10 ventouses scarifiées.

Pour maintenir la diurèse, on donnera 1 à 2 grammes de théobromine par jour. Pour combattre l'urémie souvent menaçante, il faudra multiplier les purgatifs.

Dans les formes rénales, la caféine réussit à la dose de 0 gr. 40 à 0 gr. 50, en y ajoutant des boissons abondantes additionnées, par exemple, de 60 grammes de lactose par litre.

Lorsque les malades seront sortis de la crise, on les soumettra au régime lacté exclusif, dix jours par mois, et les vingt autres jours à un régime lacté mitigé surtout par les fruits et les légumes, moins par la viande. En résumé,

les angio-spasmodiques sont guettés par l'artério-sclérose, et il faut chercher à les mettre à l'abri des intoxications de toutes sortes. Ils doivent éviter les grands repas, les vins excitants, la bonne chère. La marche, les exercices, le massage, les douches chaudes, mais non froides sont indiquées. Chez ces malades, la chaleur a une heureuse influence sur la circulation. A cette période, on peut employer la trinitrine, ainsi que la préparation suivante :

Valérianate de quinine..	2 grammes
Extrait de colchique. ..	0 gr. 50
Extrait de valériane.....	0 gr. 25
Valérianate de zinc.....	0 gr. 10

L. Jumon.

Traitement de l'asthme par des injections de nitrate d'argent (*Philad. med. J.* 21 juin 1902). — M. T. Bass décrit une méthode de traitement qu'il tient de Thomas J. Mays. Il injecte cinq gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 2, 5 0/0 dans le cou sous la peau, au dessus du nerf pneumogastrique, un peu en dehors du siège de l'artère carotide, à peu près à égale distance de l'angle du maxillaire et de la clavicule. Jusqu'à présent il a obtenu la guérison dans deux cas sur cinq auxquels il a appliqué cette méthode. Depuis les premiers essais, deux autres cas paraissent avoir été très améliorés par ce traitement dans lequel le Dr Mays a beaucoup de confiance.

L. Jumon.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Considérations sur le traitement électrique des névralgies, au sujet de deux cas rebelles guéris par l'électricité, par Laquerrière et Delherm (*Bull. off. de la soc. franç. d'électrothérapie*, juillet, 1902). — Les auteurs, à propos d'un cas de névralgie intercostale rebelle même aux opérations chirurgicales, amélioré sous l'influence du courant continu, et guéri par la révulsion faradique, et d'un cas de sciatique névrite gauche, traité sans succès par la rachicocaïnisation et toutes sortes de procédés classiques, et guéri par le courant continu, font observer que dans ces deux cas l'électricité a donné des résultats brillants alors que les procédés les plus divers avaient échoué.

Si les résultats ne sont pas toujours aussi bons, cela tient à un certain nombre de causes d'insuccès.

En premier lieu, lorsqu'on se trouve en présence d'une affection ancienne, il ne faut pas s'attendre à avoir une amélioration immédiate; il faut parfois prolonger le traitement pendant plusieurs jours, ou quelques semaines avant d'avoir un soulagement bien marqué. Ce n'est qu'après un essai suffisant qu'on peut dans ces cas admettre véritablement l'inefficacité du courant.

D'autre part, si au bout de 15 à 20 séances il n'y a pas d'amélioration, ce n'est pas une raison pour renoncer à l'électricité. Si sous une de ses formes elle a été impuissante à modifier les phénomènes pathologiques, ces mêmes phénomènes peuvent très bien être justiciables d'une autre modalité.

Ainsi, dans l'observation 1, le courant continu donna une amélioration, les effluves de haute fréquence n'eurent pas de résultat appréciable tandis que la révulsion faradique fit disparaître complètement les troubles.

Enfin il est indispensable que les applications soient bien faites ; l'électricité est un agent graduable, maniable, ayant sa posologie, son manuel opératoire, obéissant à des lois immuables, et qui ne donne ses pleins effets que s'il est employé dans les conditions nécessaires.

En général, les doses employées sont trop faibles ; or, il est certain que les doses faibles et les séances courtes donnent parfois des résultats, mais parfois aussi *les intensités fortes sont indispensables*, et en tous cas les résultats, grâce à leur usage, sont plus rapides et plus brillants. Les auteurs conseillent la technique suivante :

Une plaque aussi grande que possible, suivant la région, est placée au *maximum de la douleur* et est reliée au *pôle positif*; grâce à sa taille, cette plaque permet d'intéresser un grand nombre de filets nerveux, et de faire porter sur eux l'action analgésiante du pôle positif. De plus, elle permet d'atteindre des intensités de 30, 40, 50 milliampères, et même plus, la densité du courant diminuant en chaque point, pour une même intensité, proportionnellement à la multiplication de la surface de l'électrode.

Il est nécessaire pour éviter la douleur et l'escharrification de l'épiderme, que cette électrode soit bien imbibée d'eau et se moule bien sur les téguments. En pratique il est commode de mettre une couche épaisse de coton hydrophile mouillé entre la plaque et la peau, mais il est encore bien plus commode d'utiliser, quand on en possède, les électrodes en terre glaise, avec lesquelles on peut facilement atteindre 150 et même 200 milliampères.

Pour le pôle négatif on le placera toujours dans une région ou l'électrode la plus grande

qu'on aura à sa disposition sera facilement appliquée et maintenue, et on aura également le soin de la bien mouiller et d'assurer son adhérence. Il sera donc placé soit sur le tronc (sacrum ou nuque), ou sur la racine du membre; peut-être y a-t-il intérêt en certains cas à intéresser le plus possible la moelle et à mettre, par exemple, le pôle négatif à la nuque quand on traite une sciatique.

Peut-être en d'autres cas, lorsqu'il y a atrophie musculaire au-dessous du point douloureux, vaut-il mieux que le courant traverse les muscles atteints et que, le pôle négatif soit mis en rapport avec une cuvette où plonge l'extrémité du membre.

En tous cas les séances ne devront pas avoir moins de 10 minutes de durée et pourront être prolongées dans les cas graves jusqu'à 20, 30, 40 minutes; elles devront, au moins au début, être faites quotidiennement. Comme on le voit, il y a une grande différence entre les procédés employés par les électrothérapeutes et l'application faite souvent en pratique de quelques milliampères, avec un petit tampon durant un petit nombre de minutes.

Au sujet de la révulsion faradique qui a amené la sédation complète chez un des malades, les auteurs énumèrent quelques précautions à prendre pour utiliser complètement toutes les ressources que peut donner ce procédé.

Comme on obtient les résultats thérapeutiques les meilleurs lorsque l'action du courant est surtout localisée à la surface des téguments et intéresse presque seules les extrémités terminales des filets nerveux sensitifs de la région malade, ce n'est pas seulement la douleur provoquée par le courant qui agit, mais bien l'excitation isolée de ces extrémités.

Il arrive, exceptionnellement il est vrai, que, si la peau laisse trop facilement passer le courant, on constate des phénomènes désagréables (fatigue des muscles en voie d'atrophie, crampes, etc.), consécutifs à la séance. Il est donc indispensable de rendre la peau très mauvaise conductrice, et pour cela le procédé le plus simple est de la *recouvrir d'une couche de vaseline*, ce qui est bien plus efficace que le simple dessèchement, et il est bon pour que le courant ne diffuse pas vers la profondeur, ne produise pas d'excitation musculaire, etc., que les deux pôles soient très rapprochés l'un de l'autre.

En promenant l'appareil sur la peau vaselinée toute l'action électrique est absolument superficielle et localisée.

Il faut d'ailleurs avoir soin d'intéresser successivement toute la région douloureuse sans en excepter un seul point. L'intensité doit être aussi grande que possible, et telle que la moindre augmentation deviendrait intolérable: les séances seront courtes, 2 à 8 minutes de durée, et pourront être répétées tous les jours et même plusieurs fois par jour au début.

E. Vogt.

Traitement du tabès (*Wratsch pratique* n° 25, 1902). — Après avoir cité un cas de tabès s'étant développé sur le terrain syphilitique, Darkschewitsch dit que le problème du traitement du tabès d'origine syphilitique cherche à débarrasser le malade non seulement des manifestations syphilitiques du moment, mais aussi à l'en préserver à l'avenir. Pourtant l'action positive du traitement antisyphilitique dans le tabès est loin de se manifester dans tous les cas, et lorsqu'elle se manifeste, ce n'est pas toujours de la même façon. Le succès du traitement dépend de son application à temps, notamment au moment où surviennent les tous premiers symptômes caractéristiques du tabès. Parmi ces symptômes, il faut citer surtout les douleurs fulgurantes et l'atrophie grise des nerfs optiques qui, pendant longtemps, peuvent constituer l'unique manifestation morbide; il faut citer également les différentes crises (stomacales, laryngées etc.). La diminution du réflexe du genou constitue un symptôme relativement tardif du tabès; c'est l'exagération de ce même reflexe qui doit être considérée comme un des premiers symptômes.

Quant au traitement antisyphilitique, l'auteur recommande aussi bien les frictions que les injections sous-cutanées. La quantité employée quotidiennement pour les frictions est de 2 gr.; la friction dure 30 à 45 minutes (cours complet de traitement : 60 frictions).

Pour les injections il emploie une solution au centième de salicylate de mercure neutre. Elles sont pratiquées tous les jours. On commence par une injection de 0 gr. 80 à 1 gr., et l'on porte progressivement la dose à 1 gr. 50 à 2 gr. (durée du traitement : 40 à 60 injections). Le traitement est répété 4 fois avec des intervalles de 6 mois entre chaque cure.

Sous l'influence de ce traitement les symptômes tabètiques diminuent généralement d'intensité et l'évolution de la maladie s'arrête. L'auteur a également administré l'iode à titre d'adjuvant soit simultanément avec le mercure, soit dans les intervalles entre les cures. Le traitement mercuriel dans le tabès est contre-indiqué dans les cas compliqués d'atrophie des nerfs optiques (mais là encore il faut se baser sur des examens ophtalmoscopiques, répétés périodiquement) et aussi dans les cas où les phénomènes atrophi-

ques du côté du système nerveux sont par trop prononcés.

Dans l'atrophie progressive des nerfs optiques chez les tabétiques, l'auteur, suivant la proposition de Petrone, emploie avec succès des injections sous-cutanées de nitrate de soude en solution de 3 à 12 0/0 à la dose de 1 gramme, une fois par jour ; 80 à 100 injections.

Le traitement symptomatique, particulièrement la mécanothérapie d'après Frenkel, joue aussi un rôle important.

L'électrisation et l'hydrothérapie agissent favorablement plutôt sur l'état général du malade que sur tel ou tel symptôme.

Les révulsifs, pointes de feu et mouches ne conviennent que dans la variété du tabès, avec accidents méningitiques.

Enfin pour diminuer les douleurs fulgurantes et les crises, on peut recourir à des substances antispasmodiques et à la morphine.

J. Roubleff.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

D' COURTADE

Ancien interne des hôpitaux

Traitement de l'ozène par les courants de haute fréquence, par Bordier et Collet. (*Congrès de Montauban, Section d'électric. médicale* 7-14 août 1902). — La première malade traitée est une jeune fille de quinze ans, qui présentait une rhinite atrophique avec de nombreuses croûtes, surtout dans la fosse nasale droite: le pharynx était aussi très atteint et avait de nombreuses croûtes. La fétidité était repoussante.

Les courants de haute fréquence ont été appliqués à l'aide d'une electrode spéciale à manchon de verre très étroit pouvant pénétrer dans les fosses nasales. Les étincelles étaient appliquées au fond de chaque fosse pendant deux minutes. puis au pharynx pendant une à deux minutes, en se servant de l'abaisse-langue.

Les séances furent faites deux fois par semaine: un mois après le commencement du traitement, l'examen montra qu'il n'y avait plus de croûtes dans le nez ; celles du pharynx nasal se réduisaient à peu de chose. La fétidité était très atténuée.

On ne fit plus alors qu'une séance par semaine pendant un mois; au bout de ce temps, on trouva la fosse nasale gauche normale ; plus de croûtes dans la fosse nasale droite ni dans le pharynx nasal, dont la sécheresse avait disparu. Plus de fétidité; l'odorat est très amélioré.

La malade fut alors considérée comme guérie de son ozène, et le même bon état s'est maintenu dans la suite.

Le second cas traité par MM. Bordier et Collet est le frère de la malade précédente, âgé de dix-huit ans, et présentant de la rhinite atrophique très fétide à gauche, et beaucoup de croûtes teintées en noir par du sang provenant d'épistaxis fréquentes. Après une dizaine d'applications de haute fréquence, l'amélioration était considérable; le malade dut alors interrompre son traitement.

MM. Bordier et Collet concluent de ces observations que les applications des courants de haute fréquence dans les fosses nasales et sur le pharynx constituent un des procédés les plus sûrs et les plus énergiques que l'on possède pour le traitement de l'ozène.

E. Vogt.

Narcose dans les végétation adénoïdes (*Gazette Médicale russe* n° 15, 1902). — Hiche estime qu'on peut à la rigueur se passer de la narcose, lorsqu'on a affaire à des enfants de 4 à 5 ans. l'aide pouvant maintenir l'enfant pendant le temps nécessaire à l'enlèvement des végétations. Mais, même dans ces conditions il y a des cas où l'enfant est loin d'être commode à maintenir, et alors on est souvent obligé de n'extirper qu'une partie des végétations.

Lorsqu'on a affaire à des enfants plus âgés, les conditions se prêtent encore moins à une intervention sans narcose.

L'emploi de la cocaïne, s'il est utile incontestablement, en diminuant la douleur dans une certaine mesure, ne saurait être considéré comme un moyen parfait, car on n'arrive pas toujours à supprimer un élément important, la peur.

Il est donc nécessaire de recourir à la narcose.

La narcose au chloroforme augmente considérablement la durée de l'opération. En outre on est obligé de coucher le malade ou tout au moins de le coucher à demi, et alors à chaque incision il faut incliner la tête, pour éviter que du sang ne tombe dans les voies respiratoires (le reflexe laryngien étant aboli) ; ces manœuvres réveillent souvent le malade et l'on se voit dans la nécessité de lui faire inspirer une nouvelle quantité de chloroforme.

C'est à ce point de vue que le bromure d'éthyle présente des avantages incontestables sur le chloroforme : le bromure d'éthyle agit rapidement et ses effets disparaissent vite.

D'un autre côté on peut opérer le malade étant assis; l'hémorragie est ainsi moins abondante. Enfin, étant donné que le reflexe laryngien est conservé, on n'a pas à craindre le passage du sang dans les voies respiratoires. Tout cela permet d'opérer plus rapidement que sous le chloroforme.

Dans tous les cas où l'auteur s'est heurté à la résistance des petits malades, il a eu recours au bromure d'éthyle. La quantité de bromure d'éthyle varie entre 4 et 10 grammes suivant l'âge. La narcose se fait rapidement, l'excitation est à peu près nulle. S'il y a contraction des mâchoires, on introduit un dilatateur. L'opération demande 2 à 3 minutes. Au bout du même laps de temps le malade commence à reprendre connaissance. On fait alors tousser le malade, on enlève les restes du sang et on le couche.

J. Roubleff

De la symphyse staphylo-pharyngienne et de son traitement, par le Dr F. Bérini (*Revista de Medicina y cirugia*, nos 3 et 4, 1902). — L'auteur commence son travail par une étude sur l'étiologie des ulcères du voile du palais et du pharynx qui sont fréquemment dus à la syphilis ou au lupus; il explique ensuite le mécanisme de la formation des adhérences et énumère les symptômes qu'occasionne le manque de circulation d'air par le nez.

L'auteur étudie ensuite les divers traitements proposés pour détacher ces adhérences et se base spécialement sur un modèle de dilatateur proposé par Rueda (de Madrid) et l'appareil d'Albertin-Mortin (de Lyon).

Il expose ensuite le cas d'une jeune fille atteinte d'une ulcération syphilitique de la gorge, ulcération qui aboutit à la sténose et finalement à la symphyse du voile du palais avec le pharynx.

Ayant eu l'occasion d'essayer divers traitements, cette malade fut guérie finalement par l'application pendant un mois de l'appareil d'Albertin-Mortin.

L'auteur termine son travail par quelques considérations sur l'opportunité d'une intervention au moment de la période évolutive de la lésion, avant la formation de la symphyse.

F. Bérini.

Otite moyenne purulente traitée par la méthode sèche, par F. W. Davis (*New-York med. J.*, 12 juillet 1902). — La muqueuse du tympan oppose une résistance naturelle aux microorganismes et si le drainage est bien assuré, la guérison est très rapide. La sécheresse est aussi fatale que les antiseptiques chimiques à la plupart des germes et la cavité tympanique ne peut aussi bien être tenue dans cet état de siccité que par le drainage avec la gaze. Davis croit que ce drainage sec dans les cas aigus ou chroniques est supérieur à toutes les injections. La seule objection qu'on peut lui adresser, est qu'elle exige plus d'adresse qu'une simple injection, et le médecin, peu familier avec l'anatomie de l'oreille, éprouvera quelque difficulté à l'accomplir. La sécrétion doit être entièrement enlevée avec un tampon de coton pour mettre bien à découvert la perforation ou la cavité tympanique si le tampon est détruit. Dans ce dernier cas, le tympan doit être introduit jusque dans l'oreille moyenne, on introduit alors une étroite bande de gaze sèche à travers le speculum et on remplit le conduit sans forcer jusqu'au méat. On laisse le mèche jusqu'à ce qu'elle soit souillée par la sécrétion. On l'enlève alors et on la remplace par un tampon de coton sec placé dans le méat jusqu'à ce qu'on recommence le drainage qui est fait deux fois par jour dans les cas aigus, une fois par jour dans les cas chroniques. La fétidité peut être combattue par l'instillation de quelques gouttes d'alcool boriqué avant le pansement. L'alcool contribue au traitement par son action desséchante et l'acide borique active la guérison des lésions de la membrane.

L. Jumon.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux

Du pansement simple en dermatologie, par Leredde (*Revue pratique des mal. cutanées* 1er août 1902). — Il existe des dermatoses graves, étendues, où la peau présente des lésions extrêmement profondes et ne peut supporter aucune application active (mycosis fongoïde étendu, à lésions circonscrites ou de forme érythrodermique, grands psoriasis rouges, intolérants, dermatites exfoliatrices chroniques, pemphigus foliacé, érythrodermies de tout ordre, etc.)

Dans ces affections, pour calmer l'état inflammatoire chronique, pour éviter de le provoquer même, il n'y a pas lieu de dessécher la peau, d'accélérer l'évaporation naturelle; dans certains cas, l'évaporation cutanée étant trop forte, les éliminations trop actives, il y a intérêt à les ralentir. D'autre part, il convient de protéger les téguments contre les irritants extérieurs de tout genre.

Chez ces malades, la congestion est considérable, la simple exposition à une température moins élevée, l'action d'enlever une chemise provoquent un frisson. Sèche ou humide, la peau ne se défend plus comme à l'état normal par une couche de graisse superficielle, car les fonctions graisseuses du tégument sont imbibées.

L'indication fondamentale est de graisser la peau, pour ralentir l'évaporation superficielle. Sans agir sur les lésions, on les met ainsi dans le meilleur état possible. Le pansement gras peut se faire avec tout corps gras, vaseline, mélange de vaseline et de lanoline, huile d'amandes douces stérilisée, cérat.

Le corps gras qui réussit le plus souvent est l'axonge benzoïnée ou mieux encore l'axonge fraîche. Il faut avoir soin de la renouveler tous les jours, c'est la seule condition pour qu'elle ne soit pas irritante. Les lésions dans lesquelles on applique le pansement simple étant dues à des maladies graves et prolongées, on aura tout le temps de déterminer par tâtonnements, peu à peu, le corps qui convient le mieux au malade, qui le soulage le plus.

A côté des corps gras, on peut citer le liniment oléo-calcaire stérilisé, le liniment de Letzel, les mélanges de lanoline, vaseline et eau, jusqu'au cold-cream.

Liniment de Letzel :

Huile d'œillette.....	99 parties
Acide salicylique.....	1 —

chauffer jusqu'à solution complète et ajouter à froid au mortier :

Eau de chaux.....	100 parties
Oxyde de zinc.....	6 —

(Leistikow).

A ces corps gras et à ces crèmes, on peut ajouter des médicaments actifs, toujours avec une très grande prudence et d'une manière progressive. En général, il s'agira surtout de diminuer le prurit et, dans ce but, on incorporera aux agents de pansement des antiprurigineux, menthol, phénol, acide acétique, ou plus souvent des réducteurs légers, les goudrons faibles comme l'ichtyol, le sapolan, le naftalan, parfois même des réducteurs forts, comme l'acide pyrogallique. On se rappellera que la peau dans ces cas est extrêmement absorbante et on aura soin de ne pas appliquer sur de larges surfaces des agents aussi dangereux que le pyrogallol ou même, à doses un peu fortes, l'acide phénique.

Ces malades peuvent supporter des bains et même en tirer un réel bénéfice. Les seuls qui conviennent dans la généralité des cas sont les bains émollients, bains d'amidon, (300, 500 gr. par bain) bains de gélatine (colle de Flandre, 250, 500 gr. par bain). Tous ces bains doivent être donnés à une température de 34°-36°. La durée peut être très longue.

Les lotions émollientes peuvent remplacer dans une certaine mesure les bains chez les malades soumis aux pansements simples. Elles permettent de nettoyer la peau. On peut y ajouter des agents antiprurigineux.

Parmi les grandes dermatoses érythrodermiques et généralisées, les plus graves, et les plus gênantes sont celles qui s'accompagnent d'un état humide persistant, par exemple le pemphigus foliacé. La peau, imbibée de liquide sécrété est macérée, souvent infectée superficiellement. Dans ces cas le pansement simple ne suffit pas à donner un soulagement réel.

E. Vogt.

Traitement du pityriasis capitis avec ou sans eczéma séborrhéique, par le Dr Gaucher (*Revue intern. de méd. et de chirurgie*, 10 juillet 1902). — Le traitement doit être général et local.

Le premier a pour but d'assurer le bon état des voies digestives. Les malades étant des hypochlorhydriques, on donnera la limonade chlorhydrique à 3 grammes d'acide par litre, un demi verre coupé avec partie égale d'eau ou de vin, à prendre en mangeant.

On excluera de l'alimentation toutes les substances fermentées ou facilement fermentescibles, telles que le bouillon gras, le bouillon de viande, les ragouts, les sauces.

On supprimera le gibier, la charcuterie, les poissons, les coquillages. Le poisson de mer pêché et mangé de suite n'est pas nuisible.

Il faut interdire les choux, les tomates, l'oseille, les asperges, les fromages fermentés, le vin pur, le café, les liqueurs.

Pour combattre la constipation, on prescrira la cascara sagrada :

Extrait fluide de cascara sagrada.....	ãã 50 à 60 gr.
Glycérine.....	

une cuillerée à café le soir au milieu du repas.

Pour le traitement local, il y a deux topiques principaux, le soufre et le mercure. Il ne faut pas employer les deux en même temps, parce qu'ils donneraient naissance à du sulfure noir de mercure qui noircirait la peau. On nettoiera d'abord la tête à l'aide d'une substance dissolvante :

1° Avec de l'eau chargée de bicarbonate de soude (5 ou 10 0/0;

2° Avec la solution suivante :

Borax	15	grammes
Ether sulfurique	15	—
Eau	250	—

Agiter avant l'emploi parce que l'éther surnage;

3° Avec la décoction de bois de panama;

4° Avec l'éther de pétrole rectifié à 0,70.

Cette substance ne doit pas être employée en présence d'une lumière ou d'un feu allumé dans la chambre;

5° Avec de l'eau ammoniacale, qui est le meilleur dissolvant et suffit à guérir l'eczéma séborrhéique.

Une cuillerée à café d'ammoniaque dans un verre d'eau : on se lave avec la solution ainsi obtenue, et en 15 jours ou trois semaines l'eczéma disparaît. On se sert d'eau tiède, et on ajoute un peu d'alcool pour que la chevelure sèche plus vite.

Le soufre s'emploie sous forme de soufre précipité qui n'est pas irritant et qu'on incorpore à la vaseline à 1 p. 10. Cette pommade a l'inconvénient de graisser la tête. En lotion faite tous les soirs avec une solution de polysulfure de potassium au centième.

On peut ajouter de la teinture de benjoin en quantité double de celle du sulfure pour masquer la mauvaise adeur.

Le mercure s'emploie sous forme de pommade et sous la forme de lotion :

1° Pommade au turbith à 1 p. 10.

2° Lotion :

Sublimé	0 gr. 20
Alcool	200 gr.

Dans les deux modes de traitement par le soufre et par le mercure, on a recours à des excitants qui activent la poussée des cheveux. Le meilleur excitant, c'est l'alcool à 90°. Dans l'alcool, on peut faire dissoudre du chloral et de la résorcine :

Sublimé	0 gr. 20
Alcool à 90°	200 gr.
Chloral	4 gr.
Résorcine	2 gr.

On peut remplacer une partie de l'alcool par 5 grammes de teinture de noix vomique ou la solution faible de sublimé, ou le soufre précipité, ou la teinture de cantharide ou de teinture de quinquina ou de teinture de jaborandi.

L. Jumon.

A propos des injections mercurielles, par Jullien (*Journ. des mal. cut. et syphilitiques*, août 1902). — Au point de vue théorique, *les injections solubles* constituent pour l'auteur un traitement idéal, puisqu'elles font pénétrer peu à peu, par une suite d'opérations d'un effet immédiat et sûr, les quantités du remède jugées nécessaires suivant les besoins de la défense organique et d'après sa résistance. Nul surmenage n'est à craindre pour les voies de l'absorption, ni de l'élimination.

C'est un excellent mode de traitement très recommandable, à l'hôpital aussi bien qu'à la ville, pour les cures ordinaires des cas moyens. Beaucoup de malades se plient toutefois difficilement à la dépense de temps que nécessitent des entrevues aussi répétées.

L'auteur conseille de préférence ce mode de traitement aux albuminuriques.

En revanche, le moyen est contre-indiqué dans les cas où il faut frapper un grand coup, pour sauver à tout prix un organe essentiel, que le plus petit retard compromettrait irrémédiablement.

A quel sel donner la préférence? Il peut se faire que le composé chimiquement le meilleur provoque une réaction vtolente de la part des tissus, et soit absolument insupportable pour les malades. Au reste, la teneur en Hg importe peu, quand on peut la remplacer par la quantité, et l'équilibre s'établit vite et spontanément sur ce point. Alors qu'il est dangereux de dépasser la dose de 0 gr. 01 pour le sublimé, l'hermophényl n'est que médiocrement actif à celle de 0 gr. 04 et 0 gr. 05.

Une remarque qu'on pu faire tous les médecins qui ont la pratique des injections, c'est l'instabilité de la plupart des solutions et leur rapide altération quand on y plonge l'aiguille, quelles que soient les précautions prises. Il en résulte qu'entre le contenu de la première et de la dernière seringue, provenant du même flacon, il y a souvent une grande différence. Aussi faut-il considérer comme un réel progrès l'usage des ampoules aujourd'hui si généralisé, et l'inaltérabilité qu'elles confèrent aux liquides conservés ainsi à l'abri de l'air et de la lumière.

Le *bichlorure* en solution aqueuse exerce une action locale un peu irritante; une dose de 0 gr. 01, pour n'être pas douloureuse, exige une dilution étendue. Associé à la peptone ammonique, sous forme de *peptonate de mercure*, ce sel, d'une préparation difficile et de conservation incertaine, est à peine mieux accepté. Le *cyanure* au 100e, assez sûr comme effet occasionne des douleurs et des nodus.

Le *benzoate* est moins actif, il en faut porter la dose au moids à 0 gr. 02. et ce n'est que par l'addition du benzoate de cocaïne qu'on peut prévenir les algies qu'il entraîne.

La *succinimide de mercure*, à la dose de 0 gr. 003 à 0 gr. 02, constitue un remède excel-

lent au double point de vue de son action tant locale que générale. L'*hermophényl* se fait remarquer par le peu de réaction qu'excite sa présence au milieu des tissus et aussi par une efficacité singulièrement atténuée, il faut en injecter 0 gr. 05, 0 gr. 08, 0 gr. 10 et même plus.

Le *salicylate* soluble de mercure, à la dose de 0 gr. 05 et plus, est aussi actif que bien toléré. Le *biiodure*, en solution huileuse, est très douloureux. Dissout dans l'eau, il est mieux toléré à des doses beaucoup plus importantes.

Injections insolubles. — La dose de calomel à introduire ne peut être fixée. On a voulu établir comme règle générale l'injection de 0 gr. 05. L'auteur ne partage pas cette manière de voir : tout dépend de l'examen des conditions individuelles. Le poids du corps guide sûrement. Il suffit de 0 gr. 05 pour agir efficacement sur les sujets dont le poids n'excède pas 50 kilogrammes. et, d'autre part, les hommes de 80 kilogrammes supportent sans inconvénient une dose double.

Après les 3 ou 4 premières injections se succédant de 8 en 8 jours, on attendra 8, 10, 12, 15 jours, 1 mois parfois quand on désire prolonger une cure.

L'injection de Scarenzio sera réservée pour les cas qui exigent de l'intensité d'action : les lésions sèches des téguments, telles que psoriasis palmaires, éruptions lichénoïdes et tuberculoïdes de la face : les glossites, les laryngites, puis les accidents franchement tertiaires, ecthymas, rupias, gommes, ulcères des téguments cutanés ou muqueux. Les cas où la méthode triomphe avec éclat sont ceux qui ont épuisé la thérapeutique ordinaire des pilules et même des frictions, une seule piqûre met parfois en déroute des processus invétérés.

Mais l'indication la plus pressante concerne pour l'auteur, le *début de la syphilis*. La syphilis peut être étouffée dans l'œuf par le calomel. Le traitement intense et précoce du chancre par la méthode de Scarenzio peut devenir dans un très grand nombre de cas un traitement suppresseur de la syphilis. Dans les cas les moins heureux, le cycle naguère immuable est brisé, les périodes retardées, les manifestations étiolées; il est évident qu'un coup décisif a été porté au virus.

Le *salicylate de mercure*, très usité à l'étranger, est remarquable par la façon dont les tissus musculaires et cellulaires le supportent; aucune réaction n'est à craindre et les nodus sont exceptionnels; pas de stomatite; son action est très sûre, mais un peu lente, et il peut être employé longtemps sans qu'un effet d'intolérance quelconque se déclare.

L'*huile grise* est plus active, et quoique facilement tolérée, l'est en général un peu moins bien que le salicylate; assez souvent les malades se plaignent d'une sensation de contusion qui peut aller jusqu'à la douleur; son action met un certain temps à se manifester.

E. Vogt.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

Urétrotomie interne et externe dans les rétrécissements de l'urètre (*Wratsch pratique*, n° 27, 1902). — Les indications des deux méthodes d'urétrotomie dans les rétrécissements de l'urètre restent toujours à l'ordre du jour, car elles sont encore insuffisamment déterminées.

Il est donc intéressant de signaler le travail de Koudnitezff.

Cet auteur a observé 42 cas de rétrécissement plus ou moins prononcé. Sur ces 42 cas on a pratiqué l'urétrotomie interne 19 fois; l'urétrotomie externe 22 fois, l'urétrotomie externe avec cathétérisme inverse 1 fois. Les cas, où l'on a pratiqué l'urétrotomie interne, ne s'étaient pas prêtés à une dilatation progressive.

L'opération a été pratiquée exclusivement à l'aide de l'instrument de Maisonneuve et n'a jamais été accompagnée d'hémorragie abondante.

Dans la période postopératoire on a observé chez un certain nombre de malades une élévation peu considérable de température, l'état général restant satisfaisant, chez d'autres 5 à 6 heures après l'opération on enregistra une température très élevée (40-41°). Trois à sept jours après l'opération, suivant l'état du malade, on commença à introduire des bougies de numéros élevés. Dans les cas où il n'y a pas eu de complications, la guérison est survenue 12 à 15 jours après l'opération. Si un certain nombre de malades ont été obligés de faire à l'hôpital un séjour plus prolongé, c'était à la suite de complications.

L'urétrotomie externe a été faite pour des rétrécissements congénitaux, traumatiques, blennorrhagiques, compliqués de fistules du périnée et du scrotum.

Au point de vue technique cette opération présente parfois des difficultés considérables en rapport avec des modifications anatomiques, subies par des tissus du périnée ainsi qu'avec le degré de perméabilité du canal.

Le résultat de cette opération a été très satisfaisant.

Après la résection des cicatrices, le drainage de la vessie et le tamponnement de la plaie, on faisait un pansement 3 à 5 jours après l'opération. Ensuite on enlevait les tampons et le drain et la plaie se cicatrisait par seconde intention.

Dans la majorité des cas les granulations se développèrent normalement; mais il y a eu des cas de développement anormal. Une fois la cicatrisation commencée on passait au sondage périodique du canal. En ce qui concerne la dilatation violente et rapide, l'auteur estime que ce procédé ne doit pas être employé dans les cas où il est possible d'appliquer un procédé plus sûr, parfaitement soumis à notre contrôle.

En se basant sur ses observations, l'auteur arrive à la conclusion qu'il ne faut recourir à l'urétrotomie interne que dans les cas où le rétrécissement n'a pas plus d'un centimètre de longueur et plus de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, chez les malades très sensibles là où le rétrécissement exerce une action sensible sur le système nerveux du malade; là où il y a des brides et enfin dans les cas où les rétrécissements sont situés près du méat.

L'urétrotomie externe doit être pratiquée dans les rétrécissements calleux hypertrophiques cicatriciels, dans les rétrécissements compliqués de fistules, de rétention d'urine, de fausses voies chroniques et de caractère cicatriciel et enfin dans tous les rétrécissements imperméables.

Le sondage consécutif et systématique par les bougies a une grande importance pour éviter des récidives.

J. Roubleff.

Extirpation complète de la prostate dans l'hypertrophie prostatique, par le Dr Freyer (*Brit. med. J.*, 26 juillet 1902). — L'auteur rapporte une série de six cas dans lesquels il a pratiqué avec succès la prostatectomie complète. Dans trois de ces cas, il a sectionné l'urètre en travers et enlevé toute la portion prostatique, alors que l'hypertrophie de la prostate n'était pas assez avancée pour énucléer les lobes le long des commissures supérieure ou inférieure, de façon à laisser l'urètre intact. Le succès de l'opération montre qu'on peut enlever la prostate à une époque rapprochée du début de l'hypertrophie et que lorsqu'il est impossible de séparer l'urètre de la prostate, on peut sans hésitation l'enlever sans conséquence grave. Comment se rétablit la continuité entre la vessie et l'urètre lorsque la portion prostatique est partiellement ou totalement enlevée? La réduction de la cavité laissée par l'ablation de la prostate fait que le col de la vessie s'adapte au ligament triangulaire et que la réunion s'établit directement entre le col et la portion membraneuse du canal. Le cathétérisme quotidien avec une sonde de gros calibre maintient le canal ouvert jusqu'à la fermeture de la plaie sus-pubienne. L'urètre se trouve en réalité diminué de longueur et l'urine s'écoule dès que la sonde est introduite à six pouces au lieu de huit dans l'état normal. Le fait montre encore que le vrai sphincter de la vessie est placé au-devant de la prostate dans la portion membraneuse du canal. Lorsque la portion prostatique est laissée intacte, elle devient pratiquement une portion de la vessie. La seule différence que l'on constate lorsque l'urètre est enlevé ou qu'il est laissé en place est que dans le premier cas, il faut craindre davantage l'hémorragie et le choc opératoire. Les 14 cas de prostatectomie totale concernant des malades âgés de 58 à 76 ans, tous dans un état plus ou moins grave. Le poids des prostates enlevées a varié de 45 à 300 gr. Treize de ces cas se sont complètement rétablis. Le quatorzième cas était guéri de l'opération lorsqu'il mourut de manie aiguë. Chez tous les survivants, la miction s'effectue normalement et naturellement; quelques-uns d'entre eux ont repris leurs occupations et parfois ont récupéré leurs facultés viriles perdues sous l'influence débilitante de la maladie.

L. Jumon.

Pédiâtrie

Dr THIERCELIN

Chef de clinique de la Faculté de Médecine.

La caféine en thérapeutique infantile. Ses indications et ses contre-indications par Rousseau-Saint-Philippe, (*Journal de Méd. de Bordeaux*, 3 août 1902). — La caféine est-elle un médicament qui convienne à l'enfance ? La question vaut d'être examinée à un moment où l'usage de ce médicament s'est répandu, peut-être un peu inconsidérément, dans la pratique d'un si grand nombre de médecins.

Les auteurs semblent tomber d'accord pour dire que loin d'être un agent d'épargne, la caféine est plutôt un agent d'usure. Elle agirait en déterminant une excitation générale qui permet à l'individu d'attaquer ses réserves : loin de les épargner, elle en hâte la destruction par l'excitation du système nerveux.

La caféine n'est donc pas un tonique, a un sens propre du mot : c'est un stimulant, dont

l'emploi trop prolongé ou à trop haute dose, peut amener la dénutrition, puis l'intolérance, et finalement l'intoxication.

De ces données, il résulte que la caféine est surtout indiquée quand il y a hypotension vasculaire, et contre-indiquée quand il y a hypertension vasculaire. Elle est encore efficace dans les cas d'embryocardie, c'est-à-dire quand il y a dégénérescence plus ou moins avancée du myocarde, état fœtal des bruits du cœur; quand il y a menace de dilatation suraiguë du cœur; dans les maladies des reins dont l'évolution est peu avancée, etc.

C'est un médicament qu'il ne faut pas administrer sans une certaine prudence. Il y a plus d'inconvénients et de dangers qu'on ne le croit généralement. Le principal d'entre eux est de dépasser trop souvent le but.

C'est surtout chez les enfants qu'on doit être sobre d'un moyen dont l'effet est de fouetter et d'exciter. *A priori*, on pouvait penser, étant données les réactions nerveuses si promptes et si fréquentes à cet âge que la caféine, pas plus que le café, dont au demeurant elle se rapproche singulièrement, trouverait peu d'indications dans l'enfance.

C'est aussi ce qu'enseigne la pratique de tous les jours.

Chez l'enfant, c'est l'infection, l'intoxication qui dominent; l'usage de ce qu'on appelle les *médicaments d'urgence* doit être restreint au strict nécessaire. L'hygiène, le régime, sont ici préférables aux médicaments.

On peut cependant, quand l'organisme à faibli ou qu'il est primitivement affaibli; quand le cœur est mou, quand la température est plutôt basse, que le pouls est petit, misérable, que les urines sont rares, que l'enfant est somnolent, affaissé, en résolution, songer à la caféine. C'est ainsi que dans l'effondrement organique qui succède si promptement à l'invasion de la cholérine ou même aux diarrhées profuses; dans certains cas de rougeole, où la congestion des voies respiratoires est excessive, où l'organe central de la circulation est près d'être forcé, où toute la circulation interne est entravée, le stimulus énergique imprimé par la caféine pourra réveiller à propos l'activité vitale. De même encore le collapsus inattendu qui survient parfois dans le cours ou à la fin d'une diphtérie, dont la guérison paraissait probable et prochaine, et dans laquelle tout est remis en cause par la brusque inhibition des fonctions les plus nécessaires à la vie . celles du bulbe, du cœur ou des reins.

De même enfin dans quelques fièvres typhoïdes où l'affaiblissement du premier bruit du cœur fait craindre la syncope, et, encore dans les broncho-pneumonies subaiguës secondaires, de longue durée, à résolution tardive, où il y a surtout de l'hypostase et de l'atélectasie, comme à la suite de vieilles coqueluches ou de grippes interminables.

Hors ces circonstances, la caféine ne peut être que nuisible. Jamais elle ne devrait être employée dans les affections aiguës, fébriles. Il faut l'écarter du traitement des fièvres éruptives ordinaires, du rhumatisme articulaire, de la péricardite, de l'endocardite, de la pleurésie avec et sans épanchement, etc., etc., et surtout de la broncho-pneumonie franche, que la bronchite capillaire y prédomine, ou que ce soit au contraire la congestion. Dans cette affection l'enfant est profondément abattu il est vrai, mais le cœur bat vite et fort, la respiration est haletante. Administrée abusivement à ces petits malades, la caféïne exagère tous les accidents.

Chez l'enfant on ne devra pas dépasser les doses moyennes 10 à 30 centig. dans les 24 heures.

En résumé : 1° La caféine est un médicament assez mal défini, dont l'action n'est pas certaine.

2° C'est un médicament qui ne régularise, ni ne tonifie, qui excite violemment au contraire.

3° Ses indications sont relativement rares chez l'enfant chez qui on peut lui substituer de nombreux succédanés.

4° Il est contre-indiqué dans les affections très aiguës.

5° En tout état de cause, il ne doit être utilisé qu'avec prudence et après réflexion.

E. Vogt.

Traitement de la diarrhée estivale des enfants, par Cecil Bosanquet (*The Practitionner*, août 1902). — Le nombre considérable des moyens de traitement qui ont été indiqués contre la diarrhée infantile montre leur insuffisance. Les opinions sont partagées sur la valeur thérapeutique de chacun de ces moyens. Bosanquet note ainsi les principes qui doivent servir de guide dans le traitement.

En premier lieu, il est plus facile dans cette affection que dans d'autres de prévenir le mal que d'y porter remède, aussi doit-on s'efforcer d'éviter pendant l'été toutes les occasions qui peuvent donner lieu au développement de la maladie.

Les enfants non moins que les adultes diffèrent beaucoup les uns des autres dans leur constitution et leurs idiosyncrasies. Il n'y a pas de méthode de traitement applicable à tous les cas.

Les moyens doivent varier suivant les particularités de chaque malade, et à similitude

complète des symptômes, chacun réagira d'une façon différente au traitement.

Quelle que soit la nature de l'agent nocif invoqué, la première indication est d'abord de l'expulser; la diarrhée à ce point de vue est un phénomène salutaire.

L'agent pathogène étant transmis par le lait, il paraît sage dans les cas graves de suspendre l'alimentation lactée, sauf à la reprendre le plus tôt possible en prenant des précautions contre une nouvelle infection.

Après avoir expulsé de l'intestin les matières nocives, on doit s'efforcer de maintenir le tube digestif dans un état aseptique relatif et de combattre toute irritabilité de la muqueuse.

Comme indications symptomatiques, il sera parfois nécessaire de fournir à l'organisme le liquide dont il a été dépouillé, de diminuer la température s'il y a fièvre, de ranimer la chaleur si les extrémités sont froides et le collapsus imminent, enfin de soutenir le cœur par les stimulants.

Au point de vue prophylactique, l'auteur recommande l'allaitement maternel, la stérilisation des biberons, le séjour des enfants à la campagne pendant l'été, enfin d'éviter pour les enfants toutes les causes d'encombrement.

Pour la nourriture, il ne faut pas suspendre le lait tant que les selles conservent leur caractère fécal. On se contente d'ajouter de l'eau. Mais il faut suspendre le lait pendant 24 à 48 heures si les selles deviennent aqueuses, si la température s'élève. On donne à la place de l'eau albumineuse ou seulement de l'eau bouillie refroidie.

Comme médicament, l'auteur donne au début comme purgatif du calomel avec du sucre de lait, ou en mixture avec du mucilage et du sirop. La résorcine peut être utile à la dose de 0 gr. 10 centigrammes toutes les deux ou trois heures. L'auteur a moins de confiance en l'acide lactique. On ne doit pas recourir à l'opium sauf avec précaution dans les cas chroniques. On le donnera alors de préférence en lavement.

Le lavage de l'estomac donne de bons résultats dans les cas de vomissements, mais son action est douteuse dans les cas de choléra infantile. Le lavage du gros intestin peut être pratiqué deux fois par jour à l'aide d'une sonde et avec une solution saline bouillie ; il entraîne les matières et restitue une certaine quantité d'eau à l'organisme.

Les injections salines sous-cutanées donnent encore de bons résultats contre les effets des pertes de liquide.

Enfin contre l'hyperthermie l'auteur recommande surtout les lotions rapides et les irrigations d'eau dans le colon. L. Jumon.

Du traitement opératoire de l'invagination intestinale chez l'enfant, (*Medical Record*, 5 juillet 1902). — M. Erdmann considère que l'opération est le seul traitement à opposer à l'invagination intestinale chez l'enfant. On doit intervenir dans les 12 premières heures, car ensuite les dangers de gangrène, de septicémie, etc. augmentent rapidement. Il n'y a pas lieu de compter avec le choc opératoire chez les enfants, car ils supportent mieux l'opération que les adultes. Si on ne peut pas sentir la tumeur parce qu'elle est située au-dessous de l'arc costal à droite ou à gauche ou parce que la palpation est douloureuse, il faudra inciser à travers le muscle droit abdominal à droite. En effet, le plus souvent la tumeur se trouve en arrière de ce muscle et sa réduction a porté dans nombre de cas sur la portion iléo-cœcale ou sur l'iléon près du cœcum. Dans le cas où la réduction est impossible par suite d'adhérences ou d'engorgement, de gangrène, etc., il faut faire la résection. En tout cas cette réduction doit toujours être opérée par des manœuvres très délicates pour éviter la déchirure des tissus. S'il existe quelque exsudat récent entre l'invagination, on le détruit en introduisant un instrument mousse entre les deux replis de l'intestin.

Dans un cas, Erdmann a trouvé une double invagination, l'une siégeait sur l'iléon à 10 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale, la seconde sur l'iléo-cœcum. Il ne faut pas perdre de vue cette éventualité qui rend nécessaire l'examen de l'intestin dans toute sa longueur avant de refermer l'abdomen.

L'âge des malades, au nombre de 12 a varié de 16 semaines à trente-huit ans. Les cas qui ont guéri ne dataient pas de plus de 72 heures.

L'invagination constitue presque le tiers (30 0/0) des obstructions intestinales, et la moitié de ce genre d'obstruction s'observe chez l'enfant au-dessous de dix ans.

La diarrhée paraît être un facteur étiologique important, viennent ensuite les tumeurs, les polypes, une longueur anormale du mésentère.

L'auteur condamne l'emploi de l'opium, même de l'élixir parégorique à petites doses comme masquant les symptômes en faisant par suite ajourner l'intervention. Sur dix cas soumis à l'opération, un seul a guéri par l'emploi des injections intestinales. Un cas a été suivi de mort malgré l'emploi de ces injections. l'enfant n'a pas été opéré. Sur les dix cas, il y a eu cinq morts et cinq guérisons. Trois des cas opérés sans succès ont été soumis à une intervention trop tardive, car il a fallu réséquer les portions gangrenées de l'intestin dans deux cas et le troisième succomba au septième jour par septicémie. Depuis son travail, l'auteur a opéré

cinq autres cas, chez des enfants âgés de moins d'un an.

L. Jumon.

La bismuthose dans la diarrhée infantile (*Deutsche Med. Wocherschrift*, 14 août 1902). — Lissauer a expérimenté cette combinaison albuminoïde du bismuth, insoluble dans l'eau, ce qui rend son administration quelque peu difficile quand il s'agit de nourrissons. On la fera ingérer à la cuiller, en suspension dans l'eau ; les doses seront élevées (4 à 8 gr. par jour) : le médicament ne provoque du reste aucun trouble accessoire.

Quand on se trouve en présence de troubles dyspeptiques consécutifs à une irritation catarrhale du tube digestif, on peut de suite administrer la bismuthose : si au contraire il s'agit de cas compliqués d'intoxications graves, il faut en premier lieu débarrasser le tube digestif des aliments dont la décomposition est cause des troubles observés.

Le médicament sera donné pendant 5 à 15 jours : il constitue un succédané précieux des préparations jusqu'ici préconisées pour combattre l'entérite catarrhale simple des nourrissons.

E. Vogt.

Agents physiques et naturels.

D' E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Domaine des indications de l'hydrothérapie, par le Dr Buxbaum (*Allg. Wien. med. Zeit*, 8 juillet 1902). — L'auteur discute dans son travail, surtout l'opportunité de l'hydrothérapie dans certaines maladies regardées comme étant les contre-indications. D'abord dans la tuberculose pulmonaire, l'hydrothérapie froide locale ou générale relève la nutrition du poumon, rend la respiration plus profonde, facilite l'expectoration, ralentit l'action du cœur, relève l'appétit, combat la fièvre et les sueurs nocturnes.

Les maladies du cœur sont restées longtemps éloignées des pratiques hydrothérapiques. Aujourd'hui, on applique des compresses froides sur la région du cœur pour calmer l'excitabilité exagérée de cet organe. De faibles troubles de la compensation, comme l'arythmie, les palpitations, la dyspnée, même les phénomènes de stase peuvent être efficacement combattus par des frictions, des applications froides, l'hydropisie par des bains de vapeur localisés, tous procédés qui retardent l'emploi de la digitale et qui sont même plus efficaces parfois que ce médicament lorsque le malade y est habitué par un trop long usage. En tout cas, ils favorisent l'action de la digitale. Buxbaum recommande surtout l'usage d'un appareil réfrigérant dans le tube duquel on fait circuler de l'eau froide.

L'appareil est appliqué sur la région du cœur et laissé en place une demi-heure à une heure une ou deux fois par jour. On peut combiner son emploi avec des bains de vapeur, des enveloppements humides.

Dans les maladies de l'estomac, l'auteur recommande surtout une vessie de caoutchouc dans laquelle on fait circuler de l'eau chaude à 50°. L'application de cet appareil sur l'estomac donne de très bons résultats dans les diverses névroses de l'estomac, dans les vomissements même incoercibles, dans les affections gastriques consécutives à l'anémie de la muqueuse stomacale.

Dans les diarrhées chroniques ou aiguës, même dans les cas opiniâtres où il existe des lésions ulcéreuses de l'intestin, le résultat des pratiques hydrothérapiques est souvent très rapide. Les frictions et les bains de siège diminuent l'hypérémie de la muqueuse.

Dans la chlorose où les malades se refroidissent facilement, l'hydrothérapie doit être courte et les changements de température rapides; avant de pratiquer un enveloppement humide, on échauffera la surface du corps par un enveloppement chaud humide ou sec, une douche en pluie chaude, un bain d'air sec de courte durée, puis immédiatement après on donnera une douche froide ou une ablution froide.

En résumé, Buxbaum rappelle les cas dans lesquels on néglige par prudence ou par crainte l'emploi de l'hydrothérapie alors que celle-ci constitue un traitement très utile.

L. Jumon.

Action thérapeutique de la lumière électrique (*Med. Obosr.*, n° 1, 1902). — Kliatschkine publie un fort intéressant travail sur ce sujet où, après avoir passé en revue les recherches de différents auteurs, il expose vingt-six cas personnels, dont nous citerons un certain nombre.

Chez un malade, atteint de névralgie chronique intercostale, l'auteur a eu recours à l'éclairage du thorax par 6 lampes électriques à 32 bougies et munies de réflecteurs. Chaque séance a duré un quart d'heure. Dès le lendemain, il y a eu amélioration; au bout de deux semaines de traitement, la guérison est complète. Une récidive est survenue neuf mois plus tard et l'on en est venu à bout après une nouvelle série de séances (6).

Chez une femme atteinte de sciatique, on a employé des bains de lumière électrique. Voici comment on a procédé :

La malade était placée dans une pièce éclairée par 19 lampes de 16 bougies chacune. La séance durait 90 minutes. La guérison complète a été obtenue au bout de 40 séances. Dans deux cas de névralgie du trijumeau, on a eu recours au traitement par la lumière bleue, fournie par une lampe de 16 bougies, munie d'un petit réflecteur.

Les douleurs ont disparu au bout d'une semaine dans un cas, au bout de 16 séances dans un autre.

Le traitement par la lumière électrique a donné également de bons résultats dans deux cas de névralgie de l'épaule, dans un cas d'arthralgie goutteuse de l'articulation de l'épaule et dans quelques cas de rhumatisme articulaire. Parmi les autres cas rapportés par l'auteur, nous en signalons encore trois où il s'agissait d'obésité (dans ces cas on a eu recours au traitement électrique général).

Les malades, soumis à une diète légère ont subi une perte de poids allant jusqu'à 15 kilogrammes après deux ou trois mois de traitement. La moyenne de ces pertes a été de 6 à 9 kilogrammes.

Dans un cas de psoriasis de la tête, le tégument cutané a repris son aspect normal au bout de 28 séances de traitement. Dans un cas de forte contusion du pied chez un homme de 60 ans, 4 séances ont suffi pour faire disparaître la douleur et la légère ecchymose.

J. Roubleff.

Valeur thérapeutique du séjour au bord de la mer (*Thérapeutique moderne Russe*, n° 1, 1902). — En se basant aussi bien sur des recherches de différents auteurs que sur les siennes propres, Phomiliantoff est arrivé à cette conclusion que le séjour au bord de la mer exerce une action très favorable dans les cas de scrofule, de tuberculose et de rachitisme.

Ce traitement doit être considéré comme un facteur des plus puissants de lutte contre les affections sus-indiquées.

L'action thérapeutique de la mer est tout d'abord déterminée par les propriétés physiques et chimiques de l'air. Ce n'est que lorsqu'il y a une indication particulière qu'on peut, en tant qu'adjuvant prescrire des bains de mer, des douches, etc. Mais ce qu'il faut bien savoir, c'est que, à l'air appartient la première place dans l'action thérapeutique : cette action résulte de la teneur en ozone et de particules de sel, d'une plus grande intensité des courants aériens et de la pression atmosphérique. Grâce à ces circonstances l'organisme s'aguerrit; sa nutrition s'améliore, sa résistance et son activité phagocythique augmentent. En outre de sa propriété précieuse de relever les forces, l'air marin possède dans une certaine mesure tout au moins la propriété de paralyser l'activité des microbes pathogènes. Cette dernière propriété résulte de l'intensité de l'électricité atmosphérique et de l'abondance de la lumière solaire.

Dans la tuberculose locale le traitement marin permet dans bien des cas d'obtenir la guérison sans opération; et dans les cas où l'intervention chirurgicale reste tout de même indispensable, celle-ci se fait dans des conditions bien plus favorables, et cela même dans les cas qui ont paru désespérés. Dans le rachitisme on ne pourra espérer le succès que dans les cas où le malade sera envoyé à la mer dès le début.

Le traitement par l'air marin est particulièrement utile :

1° dans l'anémie et la dénutrition générale;
2° dans la prédisposition à la tuberculose;
3° dans la scrofule et la tuberculose locale.

Le traitement par l'air marin exerce une action de beaucoup moins favorable dans la tuberculose, et encore au premier degré. Les contre-indications sont : affaiblissement extrême, tendance à l'hémorragie, symptômes de tuberculisation générale, affections organiques du cerveau.

Les sanatoria marins doivent correspondre aux conditions suivantes : ils doivent se trouver au bord même de la mer à une distance maxima de 500 mètres de l'eau; il faut choisir un endroit ouvert d'un côté au courant d'air le plus chaud et protégé de tous les autres côtés par une forêt si possible; les malades doivent être placés dans des conditions telles qu'ils puissent respirer l'air marin jour et nuit par n'importe quel temps.

J. Roubleff.

FORMULAIRE DE THÉRAPEUTIQUE CLINIQUE

PARALYSIE AGITANTE

I. — Traitement général. — Il n'existe pas de traitement pathogénique. Les médicaments nervins tels que les bromures, la belladone, l'opium, l'extrait de Cannabis indica (Gowers) n'ont donné aucun résultat aux médecins qui considèrent la maladie de Parkinson comme une névrose ; l'iodure de potassium est sans effet contre la sclérose, cause admise par quelques-uns ; les injections de suc musculaire (Gauthier, Marquié), proposés par ceux qui admettent la théorie myopathique sont également inefficaces.

Tous les moyens physiques tour à tour employés contre les maladies fonctionnelles ou organiques du système nerveux ont été préconisés et employés.

L'électrisation a été employée sous toutes ses formes ; ce sont surtout les courants de haute fréquence qui donnent les meilleurs résultats. On peut également utiliser le *massage vibratoire* dont les effets sédatifs sont incontestables. D'autre part la thérapeutique vibratoire conseillée par Charcot (fauteuil, casque trépidant) parviennent à atténuer passagèrement les malaises des Parkinsonniens.

Le *massage manuel* est fort utile dans une maladie ou les malades sont peu à peu réduits à une immobilisation, préjudiciable à toutes les fonctions de nutrition.

L'hydrothérapie a été utilisée sous toutes ses formes : lotions froides, drap mouillé, bains tièdes, bains chauds. Ces derniers surtout sont recommandables.

Parmi les stations thermales ce sont surtout les eaux indifférentes, agissant exclusivement par leur thermalité, qui sont à conseiller. On enverra les malades suivant les cas, à Lamalou, Néris, Bagnères-de-Bigorre, Royat.

La *suspension* préconisée, il y a quelques années, ne donne pas de résultats durables.

Le traitement médicamenteux doit être des plus restreints ; il s'adresse surtout à l'état des forces. On doit employer alternativement le fer (principalement sous forme *d'iodure de fer* en sirop), le quinquina, la kola, la coca :

Teinture de quinquina..	ãã 10 grammes
« de kola.....	
« de coca.....	

XXX gouttes à chaque repas.

L'*arsenic*, sous forme de liqueur de Fowler, de solution de Pearson etc. ou bien sous la forme nouvelle de cacodylate de soude, en injections sous-cutanées (0 gr. 05 à 0 gr. 10 par jour).

Les injections de sérum artificiel, à petites doses, peuvent être également utiles temporairement.

II. — Traitement symptomatique

C'est contre le tremblement, symptôme prédominant, qu'ont été dirigés principalement les efforts de la thérapeutique.

L'hyoscyamine, s'administre en pilules, potion ou mieux en injections hypodermiques. Les doses doivent être augmentées progressivement : partir de 1/4 de milligramme pour atteindre progressivement la dose de 5 à 6 milligrammes.

L'*hyoscine*, sous forme de bromhydrate et de chlorhydrate, s'administre de la même façon, mais à doses moindres ; de 1/4 de milligrammes à 3 milligrammes par la bouche, de 1/8 à 1/2 milligramme (progressivement) en injections hypodermiques.

Le sulfate de Duboisine se donne par la bouche, en granules à la dose de 1 à 3 milligrammes par jour ; en injections hypodermiques (commencer par 2 à 3 dixièmes de milligrammes pour arriver à 1 milligramme).

Ce médicament, dont le maniement exige de la prudence, est surtout indiqué pendant les périodes d'agitation. Il faut en interrompre fréquemment l'emploi.

Le *borate de soude* a donné quelques succès aux doses de 1 à 4 grammes par cachets de 0,50. Les troubles digestifs (nausées, diarrhée) sont fréquents à la suite de son administration.

La *solanine* s'est montrée peu efficace. On peut la prendre à la dose de 0,05 — 0,10 par jour.

Solanine.....	0 gr. 025
Poudre de jusquiame.....	0 — 02
Bicarbonate de soude.....	0 — 30

Pour 1 cachet, 1 à chaque repas.

Contre la rigidité musculaire les moyens physiques seuls ont quelque action. On conseillera le *Massage*, le *Kinésithérapie* (mouvements aciif passifs des articulations), la *rééducation musculaire* d'après la méthode de Frenkel appliquée au tabès.

L'insomnie est en général rebelle aux hypnotiques.

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Virchow. — Le 5 septembre s'est éteint doucement, dans le simple logis de l'*Anhaltstrasse*, à Berlin, après un mois d'agonie, le grand anatomiste allemand Rudolf Virchow.

Une chute qu'il fit, à la fin de cet hiver, en descendant d'un tramway, et qui provoqua une fracture du col du fémur, avait brusquement mis fin à sa verte et solide vieillesse. Virchow s'était alité, à 80 ans, pour la première fois, mais pour toujours. La congestion pulmonaire chronique qu'entraîne presque inévitablement l'alitement prolongé chez le vieillard, était apparue : le cœur s'affaiblissait. Lentement il est mort un peu chaque jour, dans la calme lucidité du savant qui suit, impassible, les progrès d'un mal qu'il connait trop bien. Avec Virchow disparaît un des plus grands noms de la science au XIXe siècle. Prussien jusqu'aux moelles, patriote ardent, politicien épris de toutes les idées généreuses et acquis à tous les progrès sociaux, il appartient, par son œuvre scientifique, comme Claude Bernard, comme Pasteur, comme Darwin, à la science de tous les pays. Son inflence sur l'évolution des connaissances humaines fut considérable. Après Bichat, mort trop jeune, il fut le créateur de l'anatomie pathologique, dont il voulut faire la base même de la médecine.

La liste de ses œuvres est considérable. Citons-en quelques-unes des plus importantes. La médecine scientifique dans ses tendances à l'unité, mémoires sur la phlébite, la thrombose ; l'embolie, la leucémie, les tumeurs colloïdes de l'ovaire, le cancer ; pathologie cellulaire appliquée à l'enseignement physiologique et pathologique ; tissu conjonctif, rachitis, développement des os ; de l'inflammation et de l'irratibilité ; dégénérescence amyloïde ; sur quelques signes distinctifs du crâne dans les races humaines modernes, etc., etc.

De ces nombreux travaux représentant un bagage énorme, il déduisit des idées générales, de larges conceptions qui en firent un chef d'école dans toute l'acception du mot, mais d'une école qui eut pour disciples, à un moment donné, les savants du monde entier.

Moins heureux que Pasteur, il n'a pu assister, jusqu'à son dernier jour, au triomphe continu de ses idées. Aujourd'hui, la théorie cellulaire de Virchow a beaucoup perdu de son importance. Claude Bernard, en introduisant la physiologie dans la clinique, Pasteur en montrant le rôle des microbes dans une foule de maladies, ont porté de terribles coups à ses doctrines, dont l'intérêt est devenu surtout historique. Virchow eut son temps et lui a survécu.

Il ne s'inclina pas sans lutte. Il soutint contre les microbiologistes, contre Koch, surtout, des polémiques terribles. Ce fut lui, il ne faut pas l'oublier, qui arrêta dans son essor meurtrier la fameuse tuberculine, lors de son apparition, en décrivant froidement ce qu'il appela la « pneumonie de l'injection ».

Plus tard, la réconciliation se fit entre les deux savants, et l'an dernier, au congrès de Londres, où Koch apporta ses affirmations si imprévues sur la non-transmissibilité de la tuberculose animale à l'homme, au milieu du concert de protestations qui s'éleva et dont les expériences récentes du Dr Garnault furent la suite, Koch trouva Virchow pour le défendre. Faut-il voir là la preuve que l'affaire de Koch était, comme on l'a dit, une question d'intérêt national (exportation du bétail allemand sans contrôle sanitaire) et doit-on en conclure que le vieux patriote allemand a, cette fois, « marché au canon » ?

La carrière de Virchow fut longue et admirablement remplie. Né le 13 octobre 1821, à Schwielbein, en Poméranie, il étudia la médecine à l'Institut Frédéric Guillaume, à Berlin. Docteur en médecine à 22 ans, il était, en 1845, prosecteur à l'hôpital de la Charité et, en 1847, privat-docent à l'Université de Berlin, où il enseigna l'anatomie pathologique. La même année, il fondait les *Annales d'anatomie pathologique*, avec son ami Reichardt. En 1848, le gouvernement l'envoyait en mission en Silésie pour y étudier le typhus exanthématique. C'était l'année de la révolution prussienne, Virchow se jeta dans la lutte avec passion et compta bientôt parmi les membres les plus en vue du parti radical. Un journal qu'il fonda alors, la *Réforme médicale*, hebdomadaire, *médical* et *politique*, lui servit à soutenir les polémiques les plus vives contre les abus de l'administration. Il fut destitué de son poste de privat-docent et le

journal supprimé. Elu comme représentant à l'Assemblée nationale de Francfort, il fut invalidé parce qu'il n'avait pas 30 ans.

L'Université de Wurzbourg lui offrit alors une chaire. Il l'accepta, et, pendant quelques années, Virchow, abandonnant les luttes politiques, se consacra uniquement à son enseignement.

Celui-ci fut extraordinairement brillant. De tout les pays on vint entendre les leçons du jeune professeur, dont la parole facile et aimable, autant que l'originalité de vues, avait fait un des maîtres les plus écoutés de la science allemande. En 1856, il était rappelé à Berlin par M. de Manteuffel, qui lui confia la chaire d'anatomie pathologique et la direction de l'Institut pathologique, qu'il transforma complètement; en même temps il était nommé médecin de l'hôpital de la Charité.

Mais presque aussitôt, et sans que ses incessants travaux de laboratoire eussent à en souffrir, la politique le reprit. Il fut élu *stadtverordneter* (conseiller mnnicipal) de la ville de Berlin. En 1860, Berlin et Sarrebrück le choisirent comme député. Dès lors commença sa carrière parlementaire et bientôt après commença sa lutte contre Bismark. A la tête du parti libéral, Virchow lutta avec énergie contre les abus du pouvoir, réclama l'abolition des lois sur la presse et la réduction des dépenses militaires. La guerre de 1856 et Sadowa assurèrent le triomphe du parti militaire et réactionnaire et l'écrasement des libéraux. En 1867, Virchow fut élu comme député de Sarrebrück à la Diète de l'Allemagne du Nord. En 1869, il entamait encore une campagne en faveur du désarmement général; à la même époque, il fondait la Société allemande d'antropologie et traçait un vaste plan d'assainissement de la ville de Berlin.

Survint la guerre de 1870, Virchow fit partie du comité des ambulances et fut chargé de l'organisation des trains sanitaires dirigés sur la France. On l'accusa plus tard d'avoir recommandé à l'état major, lors du bombardement de Paris, de n'épargner ni le Muséum ni les établissements scientifiques. Le fait a été contesté. Ce qui est certain c'est que, comme tous ses compatriotes à cette époque, Virchow céda à l'ivresse du triomphe; il aimait peu la nation française, qu'il accusait de « bigoterie ». Sa haine, du moins, n'atteignit pas les proportions de celle de Mommsen, que nous avons reçu avec tant d'éclat l'été dernier à l'Hôtel de Ville, et qui, longtemps, systématiquement, prêcha la destruction de la France comme un devoir de l'Allemagne vis-à-vis de l'humanité.

En 1871, Virchow était envoyé au Reichstag par Berlin, bien qu'il eût décliné toute candidature. Toujours fidèle aux idées libérales, il fit une campagne en faveur de l'obligation du mariage civil, il se réconcilia avec Bismark lorsque celui-ci entreprit le *Kulturkampf* et la lutte contre le catholicisme. Anticatholique, il n'était cependant pas darwinien et soutint, contre Darwin et ses disciples, au nom de l'antropologie, de vigoureuses polémiques.

Mais bientôt les théories de Virchow commencèrent à être battues en brèche un peu partout, et à faire place à des conceptions nouvelles. Il n'en demeura pas moins, pour les allemands, le patriarche scientifique vénéré, comblé d'honneurs et toujours écouté. Ses discours au Congrès de Moscou, en 1896, au Congrès de Paris, en 1900 (sur le traumatisme et l'infection), furent accueillis comme de véritables oracles. Il présida à Paris, en 1900, le Congrès international de la Presse médicale. Je l'y vois encore, petit vieillard maigre et lent, à la barbe courte et blanche, le nez coiffé de larges lunettes, la parole encore facile, toujours aimable et souriant. Pendant le séjour qu'il fit parmi nous à cette époque, il étonna chacun par sa robuste santé et la lucidité de son esprit. A 79 ans, presque chaque soir, il dînait en ville ou allait au théâtre, accompagné de sa fille, et, dans ce cas, ne dédaignait pas de souper avant de rentrer. Un soir que je l'accompagnais, nous le conduisîmes à l'*Aiglon*. Sa causerie, pendant les entr'actes, était délicieuse, pleine de verve et d'aperçus originaux sur le rôle historique de Napoléon. Je me souviens, toutefois, qu'il demanda bientôt la permission de parler allemand, le français, qu'il connaissait pourtant à merveille, commençant à lui causer quelque fatigue, disait-il.

L'an dernier, Berlin fêta en grande pompe son jubilé. Au milieu d'une assemblée imposante, où toutes les Universités du monde s'étaient fait représenter, et qu'il a fallut, faute d'un amphithéâtre assez vaste, loger dans la salle même du Reichstag. Virchow, sans un signe de défaillance, prit la parole longuement, et remercia individuellement chaque délégation, ce qui prit plusieurs heures. Après quoi, il s'en fut à la brasserie, en vieil étudiant, et la fête s'acheva

au milieu des chopes et des refrains universitaires.

Sans le malencontreux accident qui l'atteignit, il y a quelques mois, tout permettait de croire à une longue durée de cette vieillesse admirable. Adoré de ses compatriotes, il était devenu pour eux une sorte de demi-dieu de la science allemande. En maintes circonstances, aux congrès internationaux, il fut même aisé de constater que ceux-ci, toujours envahissants, jouaient quelque peu du grand homme et profitaient régulièrement de sa présence — car il n'en manquait pas un — pour installer en sa personne l'Allemagne à la présidence de toutes les assemblées. Je me souviens qu'à Moscou, au moment où l'on discutait les questions de préséance, les Allemands firent irruption dans la salle, portant Virchow en triomphe, en bataillons serrés, avec de grands hourras, jusqu'au bureau, et qu'il fallut bien leur laisser la place.

Cet homme en lui-même simple et modeste, était avant tout un grand patriote et nul doute qu'en se prêtant à ces exhibitions dont ses compatriotes finirent par abuser, il ne crût remplir envers son pays un devoir utile.

Au point de vue scientifique, sa carrière était terminée et, comme Chevreul, il se survivait à lui-même. Au point de vue de l'*impérialisme* scientifique germanique, dont on l'avait institué, bon gré mal gré, le champion, sa mort est actuellement une perte irréparable.

R. Blondel.

BIBLIOGRAPHIE

Les ponctions rachidiennes accidentelles et les complications des plaies pénétrantes du rachis par armes blanches sans lésions de la moelle, par le Dr E. Mathieu, médecin inspecteur de l'armée, ancien directeur et professeur du Val-de-Grâce (n° 29 de l'*Œuvre médico-chirurgical*). Une brochure gr. in-8°, Masson et Cie, éditeurs.

La ponction du canal rachidien suivie ou non d'injection médicamenteuse intra-dorsale est sans contredit la question à l'ordre du jour aussi bien au point de vue médical qu'au point de vue chirurgical. L'*Œuvre médico-chirurgical* a déjà traité cette importante question, mais la monographie qui la concerne « *l'Analgésie chirurgicale par voie rachidienne* » due au Dr Tuffier, n'envisage que le côté chirurgical du problème. Le travail du Dr Mathieu sur les ponctions rachidiennes accidentelles en constitue le complément indispensable ; il s'occupe de l'écoulement spontané, pour ainsi dire, du liquide céphalo-rachidien et des conséquences mécaniques ou inflammatoires qui en résultent.

Le docteur Mathieu expose les complications de ces sortes de ponctions et éclaire d'un jour tout nouveau l'étude des lésions vertébrales, de la méningite spinale et cérébro-spinale, etc. Il insiste particulièrement sur la symptomatologie, la durée et la marche de ces complexus morbides et donne des conclusions qui sont le résumé fidèle de l'état de la question à l'heure actuelle.

Le Ganglion lymphatique, par Henri Dominici, n° 30 de l'*Œuvre médico-chirurgical*, une brochure gr. in-8°, avec figures dans le texte. Masson et Cie, éditeurs.

L'étude anatomique et physiologique du système lympho-ganglionnaire a fait dans ces derniers temps des progrès remarquables. M. Dominici a su se spécialiser dans cette étude et la série de travaux qu'il a publiée sur ce sujet a bien mis en lumière le rôle important de cet organe, peu connu jusqu'à ce jour. Le Dr Critzmann a donc été bien inspiré de demander à M. Dominici une monographie sur le ganglion lymphatique.

Dans différents chapitres l'auteur examine successivement la structure et le rôle hématopoiétique du ganglion, la genèse et les fonctions de ses éléments constitutifs, la présence et la nature des différents éléments lymphatiques qu'il contient. L'auteur passe ensuite à l'étude du ganglion au point de vue de l'anatomie et de la physiologie générale et fait ressortir son rôle si important dans la compréhension des processus infectieux. Ce travail est illustré de plusieurs figures qui facilitent singulièrement la description anatomique.

Nlle Imprimerie, E. Lasnier directeur, 35 37 rue St-Lazare. Paris *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

ENSEIGNEMENT MÉDICAL LIBRE A PARIS (Voir p. 538).

PROGRAMME DES COURS

Ophtalmologie. Dr Rochon-Duvigneaud. — Examen de l'œil. Pratique de l'ophtalmoscope (avec malades). Diagnostic pratique de la réfraction et choix des verres. Examen de l'acuité visuelle et du champ visuel. Pansements, topiques, lavages, collyres, etc... Cas d'urgence : blessures de l'œil, corps étrangers, conjonctivites graves, kératites, irido-cyclite et glaucome. Petite chirurgie de l'œil : voies lacrymales, chirurgie des paupières.

N. B. — *Chaque élève est prié de se munir autant que possible d'un ophtalmoscope.*

Oto-Rhino-Laryngologie. Drs Laurens et Boulay. — 1° *Méthode d'examen des trois organes, oreille, nez, pharyngo-larynx* : 1° Sur des sujets sains; 2° Sur des malades. (Exercices otoscopiques, rhinologiques et laryngologiques, avec présentation des cas cliniques les plus fréquents);

2° *Notions de thérapeutique médicale pratique* : Par exemple, traitement raisonné d'une otorrhée, d'une rhinite chronique, des différentes formes de pharyngites et de laryngites;

3° *Notions de thérapeutique chirurgicale pratique et urgente* : Ouverture du tympan, de l'apophyse mastoïde, ablation des amygdales, des tumeurs adénoïdes, etc...

N. B. — *Chaque élève est prié de se munir d'un miroir frontal, de deux spéculums d'oreille, d'un spéculum du nez et d'un miroir laryngien.*

Maladies de l'Estomac. Dr Soupault. — 1° Données générales sur l'anatomie de l'estomac : forme, situation, position. Moyens de s'en rendre compte. Altérations anatomiques. Etude des organes abdominaux ; 2° Physiologie de l'estomac. La sensibilité, les mouvements, la sécrétion. Le cathétérisme au point de vue du diagnostic; 3° Séméiologie gastrique. Interrogatoire d'un malade : Etude rapide des principaux symptômes, déglutition, appétit, douleurs, vomissements, éructations, hématémèses; 4° Troubles de la sécrétion, hypo, hyperchlorhydrie ; 5° Troubles de la motilité. Atonie, stase, dilatation atonique, ptoses, sténoses du pylore; 6° Gastrites. Ce qu'il faut entendre par gastrites. Gastrite et dyspepsie. Quelques notions sommaires sur l'anatomie pathologique. Etude clinique des gastrites; 7° L'ulcère de l'estomac : symptômes, diagnostic, complications, traitement médical et chirurgical; 8° Le cancer de l'estomac : symptômes, diagnostic, complications, traitement médical et chirurgical; 9° Dyspepsies. Dyspepsies nerveuses, dyspepsies réflexes, conséquence des dyspepsies au point de vue de l'état général.

Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique, Dr Leredde. — Méthodes générales. Méthode aseptique et antique. Impetigo. Folliculites. Sycosis. Furoncle. Chancre mou. Méthode antiphlogistique. Eczémas aigus. Dermatites artificielles. Méthode kératolytique. Cor, verrues, psoriaris, kyperkératoses, etc. Méthode exfoliante. Acnés. Lichen simplex, etc. Méthode réductrice. Psoriaris. Lichen, eczémas chroniques, séborrhéiques, etc... Méthode destructrice, cautérisation, curettage, électrolyse. Méthode sclérogène. Scarifications, photothérapie, radiothérapie. Traitement des épithéliomes, du lupus tuberculeux, du lupus érythémateux, etc... Traitement interne dans les maladies de la peau. Eaux minérales. Traitement des maladies du cuir chevelu. Traitement de la syphilis. Traitement mercuriel. Traitement iodopotassique. Traitement des accidents primaires, secondaires, tertiaires. Traitement des affections dites parasyphilitiques.

Chirurgie pratique, Dr Souligoux. — Traitement des plaies. Plaies simples. Plaies compliquées : ligature des artères, suture des nerfs, suture des muscles, suture des tendons. Plaies articulaires. Traitement des lymphangites, adénites, phlegmons, gangrènes. Traitement des hernies étranglées. Réduction des différentes luxations. Fracture des membres et application des différents appareils.

Massage, Dr Marchais. — De la nécessité pour les médecins de faire du massage. Généralités, indications et contre-indications, technique. Le massage des fractures récentes. Pourquoi, quand et comment il faut masser les fractures de la clavicule, de l'épaule, du coude, du radius, du col du fémur, de la région du genou, en particulier de la rotule, de jambe, du péroné. Les traumatismes articulaires : contusions, luxations, entorses; épanchements articulaires : hydartrose et hémartrose. Arthrites et périarthrites. Des ankyloses. Arthrites aiguës et chroniques. Synovites. Affections du système vasculaire : varices, phlébites. Les scolioses : leur traitement par le massage et la gymnastique. Les pieds bots. Le massage en gynécologie. Affections du tube digestif : constipation, entérite chronique, atonie gastro-intestinale. A ce propos, du rein flottant. Du massage dans les suites du rhumatisme articulaire aigu, dans certaines formes de rhumatismes chroniques. Affections du système nerveux : neurasthénie, névralgies, amyotrophies. Le massage dans les cardiopathies.

Thérapeutique des Maladies des Voies urinaires, Dr Nogués. — Les instruments employés en urologie et la manière de s'en servir. Classification des urétrites : la blennorrhagie; technique

des lavages urétro-vésicaux. Traitement abortif. Critérum de la guérison, blennorrhagie et mariage. De la goutte militaire. Complication des urétrites. Exploration de l'urètre, technique du cathétérisme. Corps étrangers, calculs, traumatismes urétraux. Traitement des rétrécissements et de leurs complications. Traitement des prostatiques. Thérapeutique intra-vésicale; corps étrangers; cystiques chronites, tuberculeuse, calculeuse. Les opérations d'urgence sur la vessie et sur le rein.

Art de formuler. Dr Joanin. — Généralités. Potions, sirops, pilules, lochs, etc. Préparations officinales. Préparations opiacées, mercurielles, purgatives. Préparations hypnotiques, antithermiques, anthelmintiques, etc. Préparations magistrales. Moyens d'établir une ordonnance. Prescriptions spéciales. Les incompatibilités.

Maladies mentales. Dr A. Marie. — La paralysie générale au point de vue clinique. L'alcoolisme et les délires toxiques en général. Les démences. Les débilités congénitales. La dégénérescence héréditaire et les délires de persécution. La mélancolie. La manie.

Électricité médicale. Dr Zimmern. — Aperçu général de l'électrothérapie. Principes et appareils. Courant faradique. Courant galvanique. Application de l'électricité aux maladies du système nerveux. Utilité de l'électrodiagnostic. Applications usuelles de l'électricité. Hémiplégie et paralysies organiques. Paralysie infantile. Polynévrites alcoolique, diphtérique, etc. Névrites professionnelles. Paralysie faciale. Paralysie radiale. Paralysie saturnine. Névralgies diverses. Sciatique. Névralgie du trijumeau. Goitre exophtalmique. Applications aux maladies des muscles, des articulations, de la nutrition. Atrophies musculaires. Arthrites diverses. Rhumatismes. Lumbago. Applications aux maladies du tube digestif et des voies génito-urinaires. Maladies de l'estomac. Entérite muco-membraneuse, constipation. Occlusion intestinale. Lavements électriques. Incontinence d'urine. Rétrécissements de l'urètre. Applications à la dermatologie et à la gynécologie. Traitement des angiomes, des naevi, de la couperose, etc... Névralgies pelviennes. Salpingites chroniques. Hémorragies utérines. Métrites. Les accidents de l'électricité industrielle. Prophylaxie. Premiers secours.

Gynécologie. Dr Jayle. — Interrogatoire de la malade. — Examen physique : toucher, palper, toucher et palper combinés, examen au spéculum. Hystéromètre. Les diverses positions d'examen gynécologique. Du choix d'un spéculum, d'une table d'examen. Du choix des instruments nécessaires à la petite gynécologie. Les pansements vaginaux. Des applications topiques sur l'abdomen. Règles du traitement médical en gynécologie.

N.-B. — *Ce dernier cours sera fait à la Clinique Gynécologique de la Faculté* (Professeur Pozzi), *hôpital Broca. — Le maximum des élèves est fixé à 10. Le prix de ce cours est fixé à 50 francs : pour celui-ci, s'inscrire à la Faculté.*

FELIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

MANUEL D'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Par **V. CORNIL**
Professeur à la Faculté de médecine, Membre de l'Académie de médecine, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

L. RANVIER
Professeur au Collège de France, Membre de l'Institut Membre de l'Académie de médecine

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

A. BRAULT
Médecin de l'hôpital Lariboisière, Chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine.

M. LETULLE
Professeur agrégé à la Faculté de médecine, Médecin de l'hôpital Boucicaut.

TOME PREMIER

L. Ranvier. Généralités sur l'histologie normale. Cellules et tissus normaux. — **V. Cornil.** Généralités sur l'histologie pathologique. Altération des cellules et des tissus. Des inflammations. — **A. Brault.** Des tumeurs. — **F. Bezançon.** Notions élémentaires sur les bactéries. — **Maurice Caain.** Lésions des os. Lésions du tissu cartilagineux. Anatomie pathologique des articulations. — **V. Cornil.** Des altérations du tissu conjonctif. Lésions des membranes séreuses.

1 vol. in-8 avec 369 gravures, en noir et en couleurs, dans le texte..... **25 fr.**

TOME DEUXIÈME

G. Durante. Anatomie pathologique des muscles. — **J. Jolly.** Histologie pathologique du sang. — **H. Dominici.** Le sang et la moelle osseuse. — **A. Gombault et C. Philippe.** Histologie pathologique du système nerveux.

1 vol. in-8, avec 202 gravures, en noir et en couleurs, dans le texte..... **25 fr.**

L'ouvrage complet comprendra 4 volumes

LA PROFESSION MÉDICALE, ses devoirs, ses droits, par **G. MORACHE**, Professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bordeaux, Membre correspondant de l'Académie de médecine. 1 vol. in-12, cartonné à l'anglaise..... **4 fr.**

TRAVAUX ORIGINAUX

LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

par J. A. Sicard.

Chef de clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière.

La ponction lombaire a permis l'étude du liquide céphalo-rachidien au lit du malade. Sans elle, le clinicien était condamné aux constatations si limitées et si souvent faussées de la table d'autopsie.

Quincke (1890), en montrant que l'on pouvait facilement atteindre chez l'homme l'espace sous-arachnoïdien lombaire, et retirer à l'aide d'un trocart le liquide céphalo-rachidien, a ouvert l'ère des recherches qui devaient aboutir en moins de dix ans à de si nombreux résultats pratiques.

Mais il faut avouer que si Quincke avait créé la ponction lombaire, d'autres que lui en fixèrent la fortune. *La thérapeutique « par soustraction du liquide céphalo-rachidien »*, telle que le médecin de Kiel l'avait généralisée, vit bientôt se restreindre son champ d'action, et la ponction lombaire n'aurait certes pas eu la vogue dont elle jouit à bon droit à l'étranger et en France, si de nouvelles méthodes n'avaient définitivement marqué sa place, en clinique, au lit du malade.

C'est d'abord l'*examen bactériologique* du liquide céphalo-rachidien, pratiqué systématiquement au cours des méningites aiguës (Führbringer, Stadelmann, Lenhartz, Kronig, Weichselbaum, Bonome, à l'étranger; Netter en France).

C'est ensuite le *procédé des injections sous-arachnoïdiennes* (Sicard) qui ouvre à la thérapeutique une voie nouvelle encore mal explorée, dont la chirurgie paraît avoir bénéficié par le procédé de la rachicocaïnisation (Bier, Tuffier, Reclus).

Mais la ponction lombaire n'est devenue un moyen d'investigation courante, vraiment en usage dans tous les services de médecine, que depuis les multiples applications *de l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien* (Widal, Sicard et Ravaut). Cette méthode du cyto-diagnostic est basée sur la recherche des éléments cellulaires contenus dans le liquide céphalo-rachidien et sur l'examen de leur formule quantitative et qualitative. Appliquée à l'étude des méningites aiguës et chroniques, elle a donné, entre les mains des nombreux cliniciens qui l'ont expérimentée, tant en France qu'à l'étranger, les résultats diagnostiques les plus favorables.

Enfin, la dernière venue, la *méthode du chromodiagnostic* (Sicard) est basée sur l'étude de la coloration du liquide céphalo-rachidien, et légitimée par les faits rapportés en France par Bard, Tuffier et Milian, Widal, Sicard.

Tels sont les divers travaux qui ont marqué comme par autant d'étapes, l'histoire de la ponction lombaire. Tous ont leur intérêt, mais, parmi eux, il faut réserver une place à part à l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien. Le cytodiagnostic a permis à la ponction lombaire d'entrer dans une phase toute nouvelle et féconde déjà en résultats pratiques.

*
* *

Nous envisagerons au cours de cette étude d'ensemble de la technique opératoire de la ponction lombaire, et sa valeur thérapeutique considérée, soit au point de vue de la soustraction du liquide céphalo-rachidien, soit au point de vue des injections sous-arachnoïdiennes.

Puis, après quelques considérations histologiques et physiologiques générales sur le système arachnoïdo-pie-mérien et les gaines lymphatiques, nous étudierons le liquide céphalo-rachidien d'après ses caractères physiques, chimiques, bactériologiques et cytologiques.

PREMIÈRE PARTIE

PONCTION LOMBAIRE

Technique. — Le malade. — Les points de repère. — L'aiguille. — L'acte opératoire. — Incidents. — Suites de l'opération.

Technique. — La technique opératoire de la ponction lombaire est simple. Les divers temps en sont bien réglés (1).

Le malade. — L'attitude à donner au malade n'est pas toujours indifférente. En règle générale, *nous ponctionnons toujours dans le décubitus latéral.* Certains chirurgiens préfèrent la position assise, procédé, à notre avis, blâmable au point de vue médical. Il tend à provoquer l'issue trop brusque du liquide, il fatigue les malades déjà affaiblis, il favorise la réaction de défense musculaire et paralyse, au moins dans une certaine mesure, le maintien, par les aides, d'un sujet agité.

Le sujet est couché tantôt sur le côté droit, tantôt sur le côté gauche, suivant l'éclairage de la salle, la tête légèrement soulevée par un coussin, les cuisses fléchies fortement sur le bassin, dans la position dite « en chien de fusil ». On lui dit de faire « le gros dos ». C'est dans cette attitude, destinée à séparer au maximum les lames vertébrales et à produire entre elles un écartement d'environ un centimètre et demi, que le malade est rapproché aussi près que possible du bord du lit.

Points de repère. — On recherche alors les points de repère. Nous donnons le choix au quatrième espace lombaire, aisément repérable, et situé entre la quatrième et la cinquième vertèbre. A ce niveau, il nous a semblé que la membrane dure-mérienne, mieux fixée que dans l'espace lombo-sacré, se laissait plus facilement perforer par l'aiguille. Il suffit de chercher ce quatrième espace *sur une ligne transversale qui réunit entre elles les deux crêtes iliaques.* Au besoin, le doigt du débutant pourra même redescendre au-dessous de cette ligne, à la recherche de l'espace lombo-sacré, toujours facilement reconnu, puis il remontera, numérotant au passage les apophyses épineuses. Par le

(1) Pour tout ce qui concerne la technique opératoire détaillée de la ponction lombaire, nous renvoyons le lecteur à l'article fait en collaboration avec Widal in *Traité de Pathologie générale*, de Bouchard, t. VI, p. 621.

secours de ces deux procédés, l'opérateur aura fixé, avec toute sécurité, le lieu d'élection de la ponction.

Dans quelques cas difficiles, chez les vieillards par exemple, à cartilages tendant à l'ossification, il importera peu de piquer un peu plus haut ou un peu plus bas; il faudra ponctionner celui des espaces le plus dépressible, le plus malléable, le mieux à la main.

L'aiguille. — La ponction devra se faire avec une aiguille et non à l'aide d'un trocart. L'aiguille, autant que possible en platine, doit être fine quoique solide et suffisamment longue. Elle mesurera 9 à 10 centimètres de longueur et 8 dixièmes de millimètre à un millimètre de diamètre. L'une de ses extrémités sera taillée en biseau pointu et assez court, l'autre devra pouvoir se fixer à l'embout d'une seringue de Pravaz.

Il est souvent nécessaire de pouvoir adapter à cette aiguille, préalablement à l'opération, un tube en caoutchouc court et léger, destiné grâce à une compression facile, à modérer, à régler l'écoulement du liquide dès son échappée. Ce tube en caoutchouc, tout en permettant de ne pas prodiguer le liquide céphalo-rachidien, facilitera, au cours des ensemencements bactériologiques, sa répartition dans les tubes.

Chez les malades robustes, à muscles épais, prompts à la réaction, chez les déments, les paralytiques généraux, il est préférable de se servir d'aiguilles à parois solides afin d'éviter la torsion de l'instrument. Chez les enfants, il suffira au contraire d'une aiguille de 4 à 5 centimètres de longueur et de quelques dixièmes de millimètre de diamètre.

L'acte opératoire. — Quand toutes les précautions aseptiques sont prises (aiguille maintenue dans l'eau bouillante durant 10 minutes ou mieux stérilisée à l'autoclave, désinfection de la région lombaire), l'opérateur palpe et reconnaît une dernière fois, de son doigt stérile, l'espace à ponctionner. A ce niveau, l'anesthésie locale est rapidement produite. On peut facilement se passer de l'injection sous-cutanée de cocaïne. Le jet d'un tube de chlorure d'éthyle ou la simple application de coton imbibé d'éther, suffisent, chez presque tous les malades, à masquer la douleur de la piqûre.

Alors, saisissant bien en main l'aiguille, l'index limitant le jeu de la course, mais toujours prêt à s'effacer suivant la profondeur nécessaire, l'opérateur pique rapidement pour enfoncer ensuite d'une façon progressive et continue sans à-coups. La distance à parcourir est variable suivant l'épaisseur musculo-cutanée de la région lombaire, 4 à 6 centimètres environ chez l'adulte, 1 et demi à 3 centimètres chez l'enfant de 2 à 12 ans.

L'aiguille doit être dirigée à *un demi-centimètre environ de la ligne médiade épineuse, presque perpendiculairement à la colonne vertébrale, et très légèrement en haut et en dedans vers la crête apophysaire* (*fig.* 1). Elle doit successivement traverser les masses sacro-lombaires, puis le ligament jaune interlaminaire (*fig.* 2). Elle pénètre alors sans difficulté dans le canal vertébral, et va perforer le sac arachnoïdien ; le liquide céphalo-rachidien s'écoule. La prise faite, d'un mouvement brusque on retire l'aiguille et l'on obture l'orifice cutané de sortie par un peu de collodion ou, plus simplement par un léger attouchement à la teinture d'iode. Cette opération est, comme on le voit, très simple. Après quelques essais sur le cadavre, la main la plus inhabile peut la pratiquer avec succès.

Incidents. — Le plus ordinairement, neuf fois sur dix, une ponction bien réglée n'est jamais blanche. Cependant il peut arriver que l'aiguille bute sur les lames vertébrales, sur la base de l'apophyse épineuse. Il faut alors ramener la pointe légèrement en bas et

un peu en dehors pour pouvoir pénétrer de nouveau avec aisance. Les débutants ont, en effet, toujours tendance à se diriger trop obliquement en haut et en dedans.

Parfois encore, on a éprouvé la sensation bien nette de la pénétration de l'aiguille, et pourtant l'écoulement n'a pas lieu. Les racines nerveuses de la queue de cheval en sont cause. Elles sont venues oblitérer le biseau de l'aiguille. Quelques légers mouvements de rotation, de torsion, de pénétration ou de retrait suffisent à libérer l'extrémité pointue. En tout cas, il est toujours facile de pousser, dans la lumière du tube, un fin mandrin, un fil de platine stérilisé par exemple.

C'est là un procédé (procédé du mandrin) auquel nous avons toujours recours dans des cas hésitants. Il démontre à coup sûr, si l'on a fait bonne ou mauvaise route.

Il est un autre incident qui impressionne l'opérateur : c'est l'écoulement de sang pur par l'aiguille, simple contretemps, du reste, qui n'est jamais suivi d'ennuis post-opératoires. Il faut savoir attendre quelques secondes. Souvent la teinte sanguine va en s'atténuant, et bientôt le liquide céphalo-rachidien s'échappera, teinté en rose d'abord, puis franchement limpide. Si le sang coulait toujours aussi rutilant, on retirerait définitivement la canule, soit pour ponctionner un espace supérieur ou inférieur, soit pour remettre à plus tard une nouvelle intervention. Cette légère hémorragie est due à la blessure de petites veinules ou artérioles intra ou extra-duremériennes.

Les sensations de spasmes douloureux dans les muscles d'une ou des deux cuisses (autre incident rare) s'atténuent très rapidement et ne doivent nullement inviter l'opérateur à retirer hâtivement l'aiguille. Quelques filets nerveux de la queue de cheval comprimés ou tiraillés au passage sont seuls responsables de cette crampe musculaire et la douleur ne persiste jamais après l'intervention.

Après l'opération. — Si la quantité de liquide retiré a été un peu forte, dépassant 10 centimètres cubes, on peut observer parfois de la céphalée, un léger vertige et même quelques nausées. Ces symptômes peuvent durer quelques heures, en moyenne dix à douze heures. Ils ne présentent aucune gravité et n'apparaissent presque jamais si l'on a soin de ne procéder que goutte à goutte à l'évacuation du liquide et si l'on ordonne au malade de garder le lit pendant vingt-quatre heures. Une excellente précaution que nous recommandons à tous nos ponctionnés est le maintien durant quelques heures, aussitôt après l'intervention, de la position horizontale déclive, la tête plus basse que le siège. Un coussin glissé sous les lombes fait l'office de plan élévateur. Cette sorte de position de Trendelenburg suffit souvent à faire disparaître tout symptôme nauséeux et vertigineux.

Dans la production de ces phénomènes de céphalée ou de nausée, on ne saurait incriminer ni la piqûre des méninges, ni la soustraction au dehors d'une quatité toujours petite de liquide céphalo-rachidien. Il faut chercher ailleurs la cause de ces troubles. Selon nous, ils sont dus à ce fait que, une fois la ponction pratiquée et l'aiguille retirée, le liquide céphalo-rachidien continue à se répandre au niveau de l'espace épidural et cela, grâce au petit pertuis dure-mérien, créé par la piqûre de l'aiguille. L'oblitération de ce pertuis n'est, en effet, pas immédiate, et l'on comprend que l'issue du liquide céphalo-rachidien soit assez abondante, surtout dans la position assise ou debout, où la tension s'exagère pour causer ce « vide cérébral », ces tiraillements de la nuque dont se plaignent quelquefois les malades. La position horizontale déclive agissant mécaniquement, s'opposera, du moins en partie, à cette échappée du liquide en dehors de l'arachnoïde et supppimera tout symptôme morbide.

DEUXIÈME PARTIE

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

CHAPITRE PREMIER

Thérapeutique par soustraction du liquide céphalo-rachidien.

Résultats favorables obtenus dans l'hydrocéphalie, la chlorose, l'urémie, les néoplasmes cérébraux et surtout les méningites bactériennes non tuberculeuses.

Si la ponction lombaire avec soustraction de liquide céphalo-rachidien n'est pas, comme le voulait Quincke dans son premier mémoire, une panacée applicable à presque toutes les maladies du système nerveux, elle a ses indications et il est incontestable que certains malades ont bénéficié de cette petite intervention. La quantité de liquide à soustraire peut varier de quelques grammes à 80 et même 100 centimètres cubes. En règle générale, il ne faudra pas dépasser 20 à 30 centimètres cubes.

Dans l'*hydrocéphalie* congénitale, von Leyden, Gröber, Braun ont signalé, à la suite de la ponction lombaire, des améliorations inespérées. Il est juste d'avouer cependant, qu'à côté d'autres cas favorables (Græfe, Schilling, V. Beck), certains auteurs (Stadelmann, Führbringer, Lichteim) n'ont retiré aucun bénéfice de la ponction lombaire, pratiquée chez leurs jeunes malades hydrocéphales.

Dans des cas de *chlorose grave*, avec œdème et céphalée pénible, Lenhartz a encore utilisé avec avantage la ponction lombaire. Le résultat thérapeutique, dit-il, a été satisfaisant : la diminution de la pression a agi favorablement sur l'état général et a fait cesser les maux de tête.

Bizzolo signale aussi des résultats favorables obtenus par la ponction lombaire au cours de la *chorée* de Sydenham.

Plus récemment, Babinski, Marie et Guillain (1), Legendre, Scherb (2) ont attiré de nouveau l'attention sur les effets satisfaisants, parfois durables, ou simplement passagers (Chantemesse) obtenus par la ponction lombaire chez les *urémiques*. Leurs observations viennent s'ajouter à d'autres, publiées en Allemagne ces dernières années (cas de Brasch, de Seegelken, de Nölke). Nous-même, avons observé, dans le service de Brissaud, deux cas d'asystolie cardiaque, l'un, avec anasarque généralisée, céphalée et nausées, l'autre, avec troubles psychiques, dans lesquels la ponction lombaire a été d'un grand secours contre les accidents cérébraux.

C'est encore dans l'espoir d'amender les symptômes de compression cérébrale que la ponction lombaire a été tentée au cours des *néoplasies du cerveau* ou du cervelet. Il n'est pas douteux que l'on peut agir, par ce moyen, sur certains symptômes, tels que la céphalée, les vomissements et surtout la stase papillaire. Les faits publiés en France par Raymond, Babinski, Pitres et Abadie, quatre personnels, ceux d'Oppenheim, de Lenhartz, etc., consignés en Allemagne, le prouvent ; mais il faut bien avouer que le soulagement n'est que passager, et que cette intervention ne peut être que palliative. On ne saurait non plus oublier qu'en présence du diagnostic possible de tumeur cérébrale et

(1) Marie et Guillain. — *La ponction lombaire dans l'urémie.* Société Médicale des Hôpitaux, 17 mai 1901.

(2) Scherb. — *Confusion mentale au cours de l'urémie. Excellent effet de la ponction lombaire.* Revue Neurologique, 1902, p. 19.

surtout cérébelleuse, la ponction lombaire doit être pratiquée avec une prudence extrême, et le liquide céphalo-rachidien n'être retiré qu'en très petite quantité. Une syncope mortelle pourrait être la conséquence de cette trop brusque décompression (deux cas de Führbringer, un cas de Lichteim, un cas de Raymond).

Rien de semblable n'est à craindre au cours des *méningites*. C'est dans ces cas que la ponction lombaire trouve son indication principale. Nous ne parlons pas des processus méningés à marche chronique (tabes, paralysie générale), où la soustraction même répétée, d'une plus ou moins grande quantité de liquide céphalo-rachidien, n'a jamais amené de rémission notable (Sicard, Chipault) (1).

Mais au cours des processus méningés à marche aiguë, dans la méningite tuberculeuse, par exemple, si quelques auteurs, Marfan entre autres, n'ont pas obtenu une statistique favorable, un certain nombre d'autres (Führbringer, Oppenheim, Lenhartz, Koths, Widal et Sicard) ont noté l'amélioration de quelques symptômes, tels que la céphalée, les vomissements, le nystagmus. Faisans (1901) a observé la disparition d'une aphasie presque complète dans un cas de méningite tuberculeuse quelques heures après l'évacuation de huit à dix centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien.

En admettant même que les résultats de la ponction lombaire restent discutables dans la méningite tuberculeuse, ils se montrent des plus favorables au cours des méningites bactériennes non tuberculeuses, cérébro-spinales, épidémiques ou non épidémiques, séreuses ou purulentes ou encore de nature syphilitique.

Dans certains cas de *méningites séreuses*, Lenhartz, Oppenheim, Quincke, Hutinel, ont obtenu de vrais succès et des succès durables. On sait que sous le nom de méningite séreuse Quincke décrit un processus morbide caractérisé par une exsudation exagérée du liquide cérébro-spinal, prédominant dans les cavités ventriculaires et pouvant aboutir à l'hydrocéphalie. Au point de vue clinique, la méningite séreuse se caractérise uniquement par des symptômes de compression cérébrale : nausée, céphalée, papille étranglée. Les faits que les auteurs allemands classent sous l'étiquette de méningite séreuse sont assez disparates, et l'unité de ce groupe gagnerait à être révisée (Marfan, Hutinel, Concetti). C'est au cours de ces méningites séreuses, qu'après Quincke, Goldscheider, von Leyden, Krönig, Fränkel (1896) ; Oppenheim, Lenhartz (1897) ont signalé à leur tour des cas de guérison définitive, obtenue soit après une seule, soit après plusieurs ponctions. La quantité de liquide retiré était chaque fois assez abondante, variant de 20 à 50 centimètres cubes.

Chez des malades atteints de *céphalées syphilitiques* de la période secondaire, Marie et Guillain, Widal ont obtenu de bons effets calmants à la suite de la ponction lombaire.

Au cours des *méningites cérébro-spinales*, Netter fait observer avec raison que l'on a tout intérêt à soustraire du sac arachnoïdien un liquide céphalo-rachidien toujours plus ou moins purulent, tel qu'il se présente d'ordinaire dans ces cas. Les observations nombreuses publiées dans ces dernières années, en France et à l'étranger (Netter, Dieulafoy, Troisier, Rendu, Chauffard, Sicard et Brécy, Launois, Widal, Achard et Laubry, etc. ; Concetti, Heubner, Pfaundler, Führbringer, Mya (2), etc., aussi bien que les thèses présentées à ce sujet, *consacrent définiment la valeur thérapeutique franchement palliative et même curative des ponctions lombaires pratiquées au cours des méningites bactériennes non tuberculeuses.*

(1) Debove (1901) a signalé pourtant, après ponction lombaire, la disparition complète et rapide des phénomènes douloureux dans deux cas de crises gastriques d'origine tabétique.

(2) Voir aussi Pellagot. — *Résultats obtenus par la ponction lombaire* ; Blavot. — *Traitement des méningites cérébro-spinales.* Thèse de Paris, 1902.

CHAPITRE II

Thérapeutique par injections sous-arachnoïdiennes

Les injections sous-arachnoïdiennes (eau salée, gaz, substances huileuses, toxine tétanique) — Tolérance de la cavité sous-arachnoïdienne. La sérothérapie tétanique sous-arachnoïdienne. — La cocaïnisation sous-arachnoïdienne.

Il est une autre modalité thérapeutique de la ponction lombaire qui a suscité récemment de nombreuses recherches : nous voulons parler de la méthode des injections sous-arachnoïdiennes (Sicard).

On sait que cette méthode consiste à injecter par l'aiguille laissée en place dans le cul-de-sac sous-arachnoïdien lombaire des substances médicamenteuses diverses.

Parmi le nombre des substances à expérimenter, nous ne nous sommes arrêté, comme nous l'avons montré dans notre thèse, qu'à quelques corps, qui, par leur dosage facile, leur action sur le système nerveux, ou leur vertu thérapeutique, se prêtaient plus aisément à nos expériences. Nous ne mentionnerons que les résultats présentant de l'intérêt.

Eau salée. — L'inoculation sous-arachnoïdienne de corps non toxiques, telle que la solution de chlorure de sodium à 5 0/00, nous a permis d'étudier l'élasticité de la cavité sous-arachnoïdienne, et la dose mortelle de compression.

Elle nous montre comment se fait l'échappée des liquides de la région lombaire vers les centres supérieurs, et comment cette échappée, envahissant d'abord les ventricules latéraux, plus tardivement le cortex cérébral, est subordonnée à la quantité du liquide injecté et à la vitesse de l'injection. Si, en effet, après trépanation et incision de la dure-mère cérébrale, nous poussons par voie lombaire une certaine quantité d'eau salée, nous ne tardons pas à voir le cerveau faire puissamment hernie à travers la fenêtre osseuse et des gouttelettes de liquide venir sourdre à la surface de la pie-mère. Précipitons la rapidité de l'injection ; le cerveau hernié va brusquement se déchirer et le liquide injecté fait irruption hors des cavités des ventricules latéraux.

Si, sans trépanation crânienne préalable, nous cherchons, par inoculation lombaire à nous rendre compte de l'élasticité de l'enveloppe sous-arachnoïdienne, nous trouvons cette élasticité considérable. Chez des chiens de poids variant entre 10 et 15 kilogrammes, nous avons pu injecter, avec une innocuité absolue, près de 200 centimètres cubes de notre solution salée. L'injection était poussée à la vitesse d'environ 10 centimètres cubes par minute. Nous n'avons pu nous servir du vase classique de Mariotte pour rendre uniforme la pénétration du liquide ; le piston d'une seringue de Roux pouvait seul, à certains moments, vaincre la résistance opposée.

Dans ces conditions, la mort de l'animal survient ordinairement après injection de 250 à 350 centimètres cubes. Très rarement, il se produit des phénomènes convulsifs. La respiration et le pouls présentent des modifications notables ; le pouls devient lent, intermittent, les respirations rares, se faisant par inspirations très profondes. Si on suspend l'injection avant d'avoir atteint la dose de compression mortelle, les chiens restent somnolents un certain temps, parétiques du train postérieur quelques heures, mais dès le lendemain ou le surlendemain, ils reprennent assez vite leur état normal.

Gaz. — L'air ambiant ordinaire a été la seule substance gazeuse injectée. Nous nous sommes servi, soit de la seringue à hydrocèle, soit de la soufflerie de Richardson.

De petites quantités d'air sont bien supportées ; mais l'insufflation à la soufflerie de Richardson, de doses gazeuses que le manque d'appareils ne nous a pas permis d'évaluer, ont amené, après un instant, des crises épileptiformes d'une intensité extrême, et la mort est survenue en quelques heures. A l'autopsie, une véritable couche gazeuse distendait les tuniques méningées ; et le cerveau doublé de ses enveloppes, après ouverture de la boîte osseuse, se présentait d'une fermeté et d'une rigidité exceptionnelles. La résorption de l'air est possible, comme l'autopsie d'un chien, faite deux mois après l'introduction d'une quantité d'air notable nous en a fourni la preuve.

Substances huileuses. — Nous n'avons étudié que l'action de l'huile d'olive ou de l'huile d'amandes douces, ce dernier produit obtenu plus facilement pur. L'injection d'huile chez les chiens est bien supportée, mais l'injection doit être poussée lentement.

Quand on vient à dépasser 30 à 35 centimètres cubes chez des chiens de 12 à 15 kilogrammes, les mouvements respiratoires deviennent plus lents, plus profonds. On est obligé quelquefois, aussitôt après l'inoculation, d'avoir recours à la respiration artificielle.

Les chiens reviennent assez rapidement à l'état normal après injection d'huile à des doses de 10 et 15 centimètres cubes.

Des chiens ont eté sacrifiés au bout d'un temps variant entre deux et quatre mois après l'injection, dans le but d'étudier la résorption de ce corps gras. Dans les premiers jours, on constate la présence d'une grande quantité d'huile au niveau du cortex cérébral, mais surtout à l'intérieur des ventricules cérébraux. Après quatre mois, chez un chien, nous n'avons plus trouvé de substance huileuse ; chez un autre, on voyait manifestement encore des gouttelettes huileuses dans les cavités ventriculaires élargies. La résorption des substances grasses est longue, mais peut donc se faire chez le chien. Elle se fait à la faveur d'une diapédèse leucocytaire plus ou moins active suivant les cas ; on comprend ainsi qu'elle puisse être d'une lenteur excessive.

Antitoxine tétanique. — Les expériences précédentes, en nous montrant l'extrême tolérance de la cavité sous-arachnoïdienne, permettent d'envisager favorablement la possibilité d'intervenir un jour directement chez l'homme, par la voie sous-arachnoïdienne, grâce à des liquides ou à des sérums appropriés. D'autres faits nous ont montré, en effet, que la voie sous-arachnoïdienne constitue une voie d'absorption bien supérieure à la voie sous-cutanée. Les expériences comparatives faites sur des animaux rendus tétaniques et traités dès l'apparition du premier symptôme de tétanos par le sérum antitoxique, nous ont fait voir que les animaux traités par l'injection sous-arachnoïdienne présentaient une survie notable ou même définitive sur ceux soumis seulement à l'injection sous-cutanée.

Appliquée à la clinique, cette méthode de sérothérapie sous-arachnoïdienne antitétanique n'a pas encore fait ses preuves. Dans deux observations de tétanos confirmé chez l'homme, nous avons échoué, malgré l'inoculatien, en plein liquide céphalo-rachidien, de doses très élevées de sérum (80 à 100 centimètres cubes). Après nous, Jacob, Cellier, Heubner, chacun, dans un cas, ont obtenu des résultats probants. Jaboulay, Druet, ont enregistré, au contraire, des faits négatifs. Le trop petit nombre d'observations ne nous permet donc pas de conclure sur la valeur de cette méthode (1). Cependant, dépourvue de danger et devant les risques de l'inoculation intra-cérébrale et le pronostic si sévère du tétanos confirmé, il nous semble qu'elle mérite, à juste titre, de retenir l'attention du clinicien.

(1) Lemonnier. — *Contribution à l'étude du traitement du tétanos*. Thèse de Paris, 1901.

Cocaïne. — Il est encore un point intéressant concernant la physiologie expérimentale de la cavité sous-arachnoïdienne : il a trait à la localisation plus ou moins étroite d'une substance active sur les centres nerveux sous-jacents, suivant la dose de la solution injectée et suivant son titre. Il suffit, pour se rendre compte de cette localisation ou de cette dissémination variables, d'injecter chez le chien, sous l'arachnoïde lombaire, une émulsion d'encre de Chine et d'étudier les méninges des animaux sacrifiés quelques heures ou quelques jours après l'opération (voir notre thèse) (1). L'injection lombaire de cocaïne qui, suivant les doses du toxique injecté, insensibilise tout ou partie de l'axe veineux radiculo-spino-cérébral, est encore un exemple manifeste de la localisation ou de la dissémination de la substance active.

Cette méthode de la rachicocaïnisation (Reclus) a suscité bien des discussions, depuis les premiers travaux de Bier, vulgarisés par Tuffier. Elle a eu tour à tour ses adeptes et ses détracteurs. Elle est une bonne méthode d'analgésie le plus souvent rapide, complète et suffisamment durable pour permettre des opérations longues au niveau des membres inférieurs, ou pour faciliter un accouchement douloureux (Doléris, Malartic). Mais cette méthode a ses revers. Un des plus vifs reproches qu'on lui ait adressé est de provoquer à sa suite une céphalée parfois très douloureuse et d'assez longue durée, du vertige, des nausées, et un malaise indéfinissable persistant souvent plusieurs jours. Les recherches de Ravaut et Aubourg ont montré que ces phénomènes douloureux, étaient sous la dépendance d'une réaction méningée. On retrouvait la preuve de cette réaction dans le liquide céphalo-rachidien des malades ainsi traités. L'examen cytologique permettait d'y déceler la présence de nombreux polynucléaires.

Guinard s'appuyant sur les expériences de Ravaut et Aubourg a proposé de substituer à l'injection ordinaire d'eau distillée et de cocaïne celle beaucoup mieux tolérée d'une solution de cocaïne très concentrée à 0 gr. 01 centigramme par deux gouttes de la solution que l'on mélange immédiatement après la ponction aux trois ou quatre centimètres cubes du liquide retiré. On réinjecte aussitôt, sous l'arachnoïde, ce nouveau mélange. La cocaïne garde, dans ces conditions, toute sa valeur analgésique et les accidents consécutifs à l'injection sont de ce fait conjurés (2).

On a essayé d'appliquer cette méthode de rachicocaïnisation en médecine, dans le but de calmer les douleurs des malades atteints de tabes, de sciatique, de lumbago, etc. (Sicard, Pitres, Marie et Guillain, Achard, etc.). Mais, au point de vue médical, la méthode épidurale (3) (Sicard), d'une application facile, et sans danger immédiat ou consécutif, a seule subsisté.....

---

(1) Sicard. — *Les injections sous-arachnoïdiennes et le liquide céphalo-rachidien*, Thèse de Paris, 1900.

(2) Jaboulay, Gagnol (de Lyon, thèse de 1901), Audebert et Lafon (de Toulouse) ont essayé de substituer en injection sous-arachnoïdienne les solutions de chlorhydrate de quinine à celles de cocaïne. Cette tentative n'a été suivie que de résultats fort peu encourageants.

(3) Brocard. — *Analgésie épidurale par la méthode de Sicard*, Thèse de Paris, 1901.

QUATRIÈME PARTIE

LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

CHAPITRE PREMIER

Considérations physiologiques.

Les mouvements du liquide céphalo-rachidien. — Le pouls cérébral. — Rôle de dissémination. — Sécrétion et résorption.

Mouvements du liquide céphalo-rachidien. — On sait que les liquides et les solides ne peuvent subir par le fait de la compression qu'une très faible diminution de volume de $\frac{1}{20.000}$ tout au plus (Richet). Donc, si une certaine quantité de sang entre à chaque ole cardiaque dans le cerveau, comme le volume du cervau ne diminue pas, il est nécessaire que l'entrée de cette quantité de liquide soit compensée par le départ d'une quantité équivalente.

Or, nous savons très bien qu'il y a une augmentation du volume du cerveau à chaque systole et à chaque expiration, augmentation qui nécessite le départ d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien.

Deux opinions sont en présence pour expliquer ce départ du liquide crânien. :

1° L'opinion de A. Richet : le liquide céphalo-rachidien va du crâne dans le rachis au moment du pouls cérébral;

2° L'opinion de Mosso qui incrimine les veines cérébrales. Ce sont elles qui, comprimées par l'augmentation de volume du cerveau, laissent à ce moment passer hors du crâne une quantité plus grande de sang veineux.

Des expériences positives établissent la réalité formelle des deux faits établis par Richet et Mosso.

Une expérience directe, très élégante, a permis à Fr. Franck de constater ce mouvement de va-et-vient du liquide céphalo-rachidien entre le cerveau et la moelle.

En plaçant une aiguille avec palette hémodromométrique dans l'espace occipito-atloïdien, Fr. Franck a noté une série de petites inclinaisons du levier, rythmées avec le cœur et allant de l'encéphale au rachis. En comprimant les veines, ce qui empêchait la déplétion crânienne (systolique et expiratoire) de se faire par les veines et ce qui la forçait à se faire par le liquide céphalo-rachidien, on a rendu beaucoup plus évidentes les oscillations de l'aiguille hémodromométrique.

M. Ch. Richet (1) formule en deux propositions très simples ces mouvements du liquide céphalo-rachidien dans leurs rapports avec la circulation cérébrale :

A) La pression artérielle variant avec les périodes de la contraction et de relâchement du cœur, d'inspiration et d'expiration, fait varier, suivant le même rythme, la pression à laquelle est soumis l'encéphale.

B) Les variations de cette pression sont faibles, car l'augmentation rythmique du volume du cerveau est compensée par le départ rythmique d'une quantité plus ou moins abondante de sang veineux et par les oscillations du liquide céphalo-rachidien entre le crâne et le canal vertébral.

(1) Richet. — *Dictionnaire de Physiologie*, article « Cerveau ».

On sait que la masse liquide céphalo-rachidienne est autonome, qu'il n'existe aucune différence de composition entre le liquide céphalo-rachidien du canal épendymaire, des ventricules latéraux et celui des cavités sous-arachnoïdiennes.

La nappe liquide interne communique largement avec la nappe liquide externe, surtout au niveau des trous de Magendie et de Luschka, sous-jacents au vermis du cervelet, immédiatement en arrière de la région bulbaire postérieure.

Pouls cérébral. — Chaque organe, au moment de la systole cardiaque, change de volume, augmentant d'une petite quantité qui est précisément égale à la quantité supplémentaire de sang qu'il reçoit par le fait de la systole cardiaque et de la distension artérielle (C. Richet).

Le pouls cérébral, l'expansion du cerveau, est le résultat d'une augmentation totale du volume cérébral, au moment où se fait la systole, il est possible qu'il existe également un léger soulèvement rythmique du fait de la pulsation des artères de la base.

Mosso, Fr. Franck et Brissaud, Rummo, ont pu, dans certains cas pathologiques, observer et inscrire les mouvements du cerveau d'individus porteurs d'une perforation crânienne accidentelle.

Le pouls cérébral ne dépend pas seulement de la systole cardiaque et de la respiration, il est aussi, dans une assez large mesure, fonction de l'état des artères du cerveau. Il y a une cause commune, comme le dit Richet, au pouls de chaque organe, c'est la systole du cœur : mais il y a aussi pour chaque organe une réaction différente et spéciale : c'est l'état vasomoteur de cet organe, état qui offre une résistance spéciale, changeante, et qui, au milieu de la circulation générale, uniforme, crée une multitude de circulations spéciales différentiées.

Au cours des trépanations, on peut voir l'influence de ces réactions vaso-motrices (chloroforme, débridement des adhérences méningées, incisions cérébrales) sur les variations de la pulsation cérébrale tantôt diminuée, tantôt augmentée.

Rôle de dissémination. — L'injection d'un corps non toxique, et facilement reconnaissable, par exemple, une émulsion aseptique de fines granulations d'encre de Chine, va nous fournir l'occasion de faire cette étude, importante au point de vue du mécanisme pathogénique et étiologique des méningites infectieuses.

Lentement et à la dose uniforme de deux centimètres cubes, une émulsion riche en particules d'encre de Chine est successivement poussée, dans le liquide céphalo-rachidien, au niveau des régions lombaire, atloïdo-occipitale et crânienne.

Sous l'*arachnoïde lombaire*, ces granulations noirâtres vont, bientôt après l'injection, subir une marche ascendante et gagner assez rapidement (deux à quatre heures), la région atloïdo-occipitale, le bulbe, la base du cerveau entre les pédoncules et le chiasma, plus tard les ventricules latéraux. La corticalité cérébrale n'est imprégnée de noir que plus tard (dix à douze heures), et en tous cas toujours teintée de façon infiniment moins prononcée que la région basilaire.

Sous l'*arachnoïde atloïdo-occipitale*, les granulations envahissent d'abord très rapidement (une demi-heure à une heure) la base du cerveau, puis les ventricules cérébraux, redescendent plus lentement vers la région lombaire, et ne gagnent qu'en dernier lieu le cortex cérébral.

Sous l'*arachnoïde crânienne* enfin, et au niveau des centres moteurs, les particules noirâtres restent cantonnées en place durant un certain temps, sans fuser dans les espaces environnants. Un à deux jours après environ, on retrouve quelques granulations à la base du cerveau et dans le liquide de la région spinale. La corticalité de l'hémisphère opposé resté intacte durant trente à quarante heures; après ce temps, elle

revêt une teinte uniforme légèrement noirâtre. En tous cas, pendant cinq ou six jours persiste une prédominance des plus nettes de la coloration, au niveau du cortex, siège primitif de l'injection.

Tels sont dans leurs grandes lignes les différents modes de propagation des granulations d'encre de Chine déposées dans le liquide céphalo-rachidien en diverses parties de la cavité sous-arachnoïdienne.

Précisons encore quelques points :

Presque aussitôt après l'injection d'émulsion d'encre de Chine on peut déjà constater un grand nombre de leucocytes ayant phagocité les granulations. Cette migration leucocytaire très active dans les premiers jours s'affaiblit bientôt. Vers le dixième ou douzième jour, le plus grand nombre des granulations est fixé dans les mailles de la pie-mère, bien peu d'entre elles restent libres dans le liquide céphalo-rachidien.

A ce moment, on peut constater certains groupements et pénétrations des grains noirs intéressants à étudier.

Au niveau de la *muqueuse pituitaire*, la *poussière d'encre de Chine pénètre à travers la lame criblée de l'ethmoïde, et les coupes microscopiques montrent nettement les particules noirâtres s'alignant au-dessous même de la muqueuse pituitaire des cornets supérieurs* (1);

Au niveau des *nerfs optiques*, notre collègue M. Dupuy-Dutemps qui a fait une étude très complète de ces nerfs chez nos animaux injectés, a bien voulu nous donner la note suivante :

« De nombreuses granulations en amas occupent l'espace intervaginal du nerf optique, les unes libres, d'autres englobées dans les leucocytes. Certaines ont pénétré *superficiellement* la gaine piale; aucune ne l'a traversée : le tissu nerveux et les tractus conjonctifs qui la cloisonnent ne contiennent pas de granulations.

« Au contraire, elles pénètrent et traversent la gaine durale pour émigrer vers l'intérieur dans le tissu cellulaire où on en voit un grand nombre, disséminées, libres ou englobées.

« Au niveau du point de pénétration du nerf optique dans la sclérotique, on constate la disposition des granulations. Elles s'arrêtent au niveau du cul-de-sac sous-arachnoïdien de la gaine, au niveau de la sclérotique, où elles forment autour de l'entrée du nerf optique un amas plus volumineux qu'en tout autre point de la gaine. Là aussi, on les voit pénétrer et traverser la gaine durale et se répandre dans le tissu cellulaire rétrobulbaire.

« Je n'en ai pas encore observé dans l'épaisseur de la sclérotique, de la papille, de la rétine, ni de la choroïde. J'ai fait cette recherche en ayant soin, pour éviter toute erreur due à la présence du pigment physiologique de l'œil, de traiter les coupes par l'eau oxygénée qui décolore le pigment choroïdien tout en laissant intacte la teinte des granulations d'encre de Chine ».

Au niveau du *nerf facial* et de l'*auditif*, les grains pénètrent à l'intérieur du conduit interne jusqu'au niveau des fossettes tout au niveau de l'aqueduc de Fallope. On n'en retrouve pas de traces dans le liquide de la périlymphe ou de l'endolymphe.

Au-delà des trous de conjugaison, les nerfs rachidiens examinés microscopiquement ne présentent aucune coloration noirâtre.

(1) On comprend l'importance de ces faits. Ils démontrent expérimentalement, et par un mécanisme pour ainsi dire inverse, la possibilité de l'infection méningée par les microbes du mucus nasal.

Au niveau de la *moelle*, recueillie environ le dixième jour après l'injection, on retrouve sur des coupes microscopiques un groupement très net des grains noirs tout autour de la moelle au niveau des mailles de la pie-mère.

Ces grains sont ramassés symétriquement autour des vaisseaux de chaque côté des sillons médians antérieur et postérieur, puis s'engagent dans ces sillons, surtout dans le postérieur.

On peut suivre, au microscope, la traînée noirâtre qu'ils laissent sur leur passage et qui conduit jusqu'au niveau du canal épendymaire. Avant de l'atteindre, ces grains se groupent parfois par petits amas, au niveau de la commissure grise postérieure, de la substance gélatineuse périépendymaire, et autour des vaisseaux également périépendymaires; puis, à l'intérieur du canal, phagocités ou non, ils sont ramassés sur les bords, s'accolant aux cellules épithéliales épendymaires.

C'est dans les gaines circumvasculaires que chemine surtout cette poussière noirâtre, soit librement, soit à l'intérieur des leucocytes; par-ci, par là, l'on peut voir un leucocyte chargé de ces grains cheminer dans la lumière d'un vaisseau du parenchyme scléreux.

Sécrétion et Résorption. — Existe-t-il, au niveau de la membrane pie-mérienne arachnoïdienne, de minuscules glandes chargées d'élaborer ce liquide, glandes assimilables, de par leur développement ectodermique, aux glandes sudoripares? Le liquide céphalo-rachidien ne serait-il, comme nous l'avons entendu répéter à notre maître M. Brissaud, que du liquide amniotique représentant le reliquat chez l'adulte de l'amnios du fœtus? Ce sont là des hypothèses plausibles.

Tout ce que nous savons de la nature intime du liquide céphalo-rachidien, de ses propriétés physiques, chimiques, histologiques qui lui assignent une place à part parmi les liquides de l'économie, de sa reproduction facile, permettait de soupçonner la nature glandulaire de l'épithelium de revêtement des plexus du système nerveux central.

Déjà les travaux récents de Kingsburg, Gallotti, Obersteiner, avaient apporté des faits militant en faveur de cette conception.

Plus récemment encore, A. Pettit et J. Girard (1) se sont proposé d'établir expérimentalement l'existence de processus secrétoires au niveau des plexus du système nerveux central.

Dans cette note préliminaire, disent ces auteurs, nous nous bornerons à décrire les modifications structurales dont les cellules de revêtement des plexus et des ventricules latéraux sont le siège consécutivement à l'administration de muscarine et d'éther.

« Les cellules épithéliales des plexus des ventricules latéraux sont d'une vulnérabilité extrême, et tous les réactifs fixateurs que nous avons essayés, les modifient; certains même altèrent leur structure de la façon la plus fâcheuse.

« Pour se convaincre de ce fait, il suffit d'examiner, à l'état vivant, baignant dans son propre liquide céphalo-rachidien, un plexus de cobaye : si on fait pénétrer ensuite, entre la lame et la lamelle, une petite quantité de liquide fixateur, on constate des changements profonds dans l'aspect des cellules épithéliales ; les cils vibratiles cessent de battre, se déforment et se contractent ; le cytoplasma subit une rétraction souvent considérable, et des formations d'aspect hyalin deviennent rapidement granuleuses. Ces phénomènes sont particulièrement accusés avec l'alcool à 100°, les liquides de Zenker et de Lindsay, le bichromate de potasse ou d'ammoniaque acétique, etc. ; en revanche,

(1) A. Pettit et J. Girard. — *Société de Biologie*, 27 juillet 1901.

avec le mélange picroformo-acétique des frères Bouin, ces graves inconvénients sont très atténués, mais cependant encore sensibles.

« L'administration de muscarine ou d'éther détermine, dans ces cellules, diverses modifications dont la plus manifeste consiste en l'accroissement de volume du cytoplasma : la hauteur de ce dernier peut, en effet, dépasser le double de la dimension normale.

« Ce changement est déjà appréciable sur le tissu observé à l'état vivant, dans son propre liquide céphalo-rachidien.

« Dans ces conditions, on distingue nettement, dans les cellules les plus volumineuses deux portions : *a*) une portion basale granuleuse renfermant un noyau muni d'une membrane et un ou plusieurs gros nucléoles et, parfois, une vésicule claire ; *b*) une portion distale renflée, piriforme, hyaline, turgescente ; au voisinage de cette dernière, et souvent même en rapport immédiat, on observe de nombreux globules présentant exactement le même aspect ; leur dimension est variable, mais, en général, sensiblement supérieure à celle des hématies.

« La fixation de ces dernières formations est des plus délicates ; la plupart se détruisent au contact des réactifs.

« Dans ce cas encore, comme à l'état vivant, les cellules les plus développées se divisent en deux portions : *a*) la portion basale est formée par un réticulum dense à granulations fuschinophiles, vaguement ordonnancées en files radiaires ; celles-ci se terminent irrégulièrement du côté distal, la plupart des teintures plasmatiques colorent énergiquement cette zone. Le noyau, bien développé, est assez riche en chromatine et renferme un ou plusieurs gros nucléoles. Cette portion basale est constante dans toutes les cellules ; *b*) la portion distale, au contraire, présente dans son développement des différences considérables, déjà sensibles à l'état normal d'un élément à l'autre, mais particulièrement accusées chez les animaux auxquels on a administré de la muscarine ou de l'éther.

« Lorsque cette portion n'a qu'une faible importance, elle est constituée par un réticulum assez serré ; mais les mailles de ce dernier s'élargissent rapidement, et finalement la cellule est uniquement constituée, dans sa partie distale, par une masse vésiculeuse ne renfermant plus que quelques filaments ou même quelques granulations. Cet état est surtout manifeste chez les animaux ayant reçu de la muscarine ou de l'éther. Parvenue à ce stade, la portion vésiculeuse tombe à l'état de globules hyalins dans le liquide céphalo-rachidien.

« En résumé, concluent Pettit et Gérard, la muscarine et l'éther provoquent, chez le chien, le lapin et le cobaye, les modifications suivantes dans les cellules de revêtement des plexus des ventricules latéraux : la hauteur des éléments épithéliaux s'accroît, la différenciation en deux zones s'exagère, la zone distale prend un développement exagéré et la production des globules hyalins devient plus active qu'à l'état normal ; en un mot, ces éléments hypersécrètent.

« Ces constatations nettement contrôlées et admises définitivement mettraient en lumière un fait intéressant : elles constitueraient la démonstration expérimentale de la fonction sécrétoire de l'épithélium qui tapisse les plexus (ventricules latéraux) du système nerveux central ».

Dans des expériences précédentes, consignées dans notre thèse, nous avions essayé d'augmenter, chez les chiens, la sécrétion du liquide céphalo-rachidien par l'injection sous-cutanée de pilocarpine (0gr,05 de pilocarpine chez des chiens de 10 à 12 kilogrammes). Le liquide était recueilli environ un quart d'heure à une heure après l'injection.

Dans ces conditions nous n'avons jamais obtenu aucun effet bien net, alors que la pilocarpine provoquait chez l'animal une abondante sécrétion de larmes et de salive. Nous étions donc en droit de penser que le phénomène de sécrétion du liquide céphalo-rachidien ne semblait pas assimilable au phénomène de sécrétion sudorale.

Quoi qu'il en soit, le liquide céphalo-rachidien se reproduit rapidement.

Chacun se rappelle que les chirurgiens (Tillaux, Verneuil, Billroth) ont rapporté des observations de malades, qui, aprés fracture du crâne ou extirpation de polypes nasaux, perdaient, dans les vingt-quatre heures, plus d'un litre de liquide céphalo-rachidien.

Mathieu (1) rapporte, dans sa monographie, un certain nombre de cas concernant des blessés, qui, après traumatisme vertébral, avaient perdu, en moyenne quotidienne, deux à quatre litres de liquide céphalo-rachidien.

Dans une des observations qu'il cite (observation de Gribbon), on peut apprécier la part qui revient à l'activité de la circulation, et aux conditions de mécanique, dans l'écoulement du liquide céphalo-rachidien. « Cette quantité était déterminée par l'état de repos ou d'agitation du malade. Quand il était calme, c'était seulement un faible suintement; mais, après des mouvements considérables, le liquide jaillissait comme d'une source. Une fois, on fut forcé d'introduire une sonde dans la blessure, et on redressa le patient pendant cette opération : la sérosité s'écoula alors en jet, précisément comme un jet de sang artériel, et l'écoulement était synchrone du pouls ».

On sait encore qu'au cours des tumeurs cérébrales ou des méningites, la pression du liquide céphalo-rachidien augmente considérablement. Faut-il voir, dans ce phénomène, une preuve d'une plus grande activité de sécrétion, ou le fait d'une résorption moindre? C'est là un mécanisme pathogénique qui n'a pas encore été étudié et qu'il serait intéressant de rechercher. (2)

---

(1) Mathieu. — *Les ponctions rachidiennes accidentelles.* Monographie Critzmann. Masson, édit., 1902.

(2) Extrait de : *Le liquide céphalo-rachidien*, par J. Sicard, un vol. de l'Encyclopédie scientifique des aide-mémoire. Paris, Masson et Gauthier, v. mars, 1902.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la faculté de Médecine.

Traitement du diabète (*Therap. Monatshefte* septembre 1902). — Le Pr Eichhorst assigne au traitement médicamenteux du diabète une importance minime : sans l'aide du régime, il ne donne aucun résultat. Le salol, vanté par Ebstein, n'est pas préférable aux autres médicaments et ne réussit pas davantage à faire disparaître le sucre chez des malades qu'un régime même très sévère ne débarrasse pas de leur glycosurie. Même chez les diabétiques syphilitiques, le traitement spécifique n'a qu'une action minime.

Il en est malheureusement de même, pour l'auteur, avec le séjour dans les stations thermales. Les diabétiques indociles trouveront seuls du bénéfice dans un séjour aux eaux, car ils se soumettront là, plus facilement qu'à domicile, aux prescriptions diététiques.

Le régime est en général, fort difficile à appliquer, le diabétique rappelant à plusieurs points de vue le morphinomane et désirant surtout manger des aliments prohibés. La saccharine rend sous ce rapport de grands services, à condition de la manier avec prudence (4 à 6 tablettes contenant 0 gr. 01 de saccharine et 0 gr. 04 de bicarbonate de soude, par jour). La p.- phénétolcarbamide ou dulcine provoque des effets accessoires désagréables qui en restreignent l'emploi.

En dehors de la qualité des aliments, la quantité doit attirer l'attention du médecin. Un gramme de sucre fournissant 4 calories environ, il faut ajouter à la quantité normale de calories (2500 à 3000) le nombre de calories nécessaires pour couvrir la perte de sucre urinaire. La polyphagie du diabétique représente donc pour ainsi dire un symptôme favorable, permettant l'ingestion exagérée de calories.

Doit-on recommander l'institution brusque du régime, ou procéder par gradation? L'auteur préfère la seconde méthode, qui permet d'éviter les accidents d'auto-intoxication.

Comme boisson, le lait non écrémé, les eaux minérales, l'eau pure aiguisée de suc de citron, sont à recommander.

Le diabétique devra porter, même en été, des vêtements chauds, ou séjourner loin des pays froids. Il ne faudrait pas croire que le séjour dans les hautes montagnes présente quelque utilité. Le malade prendra deux fois par semaine des bains tièdes : les exercices ne doivent jamais provoquer de l'épuisement, crainte de coma diabétique.

Le régime lacté, le suc pancréatique, ont échoué dans les mains de l'auteur.

E. Vogt.

Traitement de la maladie de Hodgkin et de la leucémie lymphatique, par Max Einhorn. (*Med. Record*, 12 juillet 1902). — Le traitement des deux maladies est le même. Le malade doit d'abord être soumis à un régime et à un genre de vie convenables. Le traitement pharmaceutique a aussi son importance.

En ce qui concerne le régime, on ne doit pas donner une trop grande quantité de nourriture à la fois les aliments doivent être choisis de telle sorte qu'ils laissent peu de résidus après la digestion, cela afin de prévenir la distension exagérée de l'estomac ou des intestins. Il sera mieux, en conséquence, de donner à peu près cinq repas par jour, consistant surtout en œufs, lait, gruau, un peu de viande. peu de pain, beaucoup de beurre et des gelées. Il va sans dire que, dans les cas où la maladie est peu avancée, on peut permettre des légumes et des fruits en petites quantités.

Au point de vue de l'hygiène, le malade doit vivre à la campagne et le plus possible en plein air. Il sera bon de faire des ablutions froides surtout le corps, suivies de frictions sèches sur la peau.

Dans la thérapeutique médicamenteuse, l'arsenic occupe la première place; son action est presque spécifique, bien qu'elle n'ait pu procurer des guérisons complètes.

Einhorn prescrit simplement la liqueur de Fowler à la dose de deux ou trois gouttes trois fois par jour en augmentant jusqu'à dix gouttes ou plus encore.

Le cacodylate de soude seul ou associé au fer a rendu de bons services. Einhorn donne habituellement :

Cacodylate de soude.....	0, 05
Ferratine.....	0, 50

pour 20 capsules gélatinées.

Une capsule trois fois par jour après les repas.

L'arsenic peut aussi être employé en injections sous-cutanées. Kobner recommande la solution suivante :

Arséniate de soude.....	0,10
Chlorhydrate de cocaïne.....	0,03
Eau distillée, q. s. pour.....	10 cc.

Injecter un demi à deux centimètres cubes par jour.

On peut essayer également pendant quelques semaines le bleu de méthylène aux doses de 0,15 à 0,25 par jour en capsules gélatinées. Dans quelques cas il a paru exercer temporairement une action avantageuse. Récemment Pusey a constaté que la radiothérapie agit en diminuant les tuméfactions glandulaires.

L. Jumon.

Traitement local des localisations du rhumatisme, par Ch. Bouchard (*Académie des Sciences*, 15 juillet 1902). — M. Bouchard pratique des injections sous-cutanées d'une solution à 5 0/0 de salicylate de soude, à la dose de 1 à 2 cent. cubes, et pratique une à quatre piqûres suivant l'étendue des lésions, au voisinage immédiat de la région douloureuse, qu'il s'agisse d'arthrite ou de névrite rhumatismales.

G. Lyon.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Médecin des hôpitaux

Traitement des affections gastro-intestinales. (*Thérapeutique mod. russe*, n° 5, 1902). En se basant sur plus de 1000 observations Kouarjewsky préconise dans les troubles gastro-intestinaux de diverses origines des gouttes de sa composition : il les prescrit depuis cinq ans environ.

Voici la formule de ces gouttes :

Infusion complète d'opium.....	3 gr. 50
Ether	1 gr. 50
Infusion éthérée de valériane...	4 gr. 50
Salol	0 gr. 50
Résorcine.....	0 gr. 40
Iinfusion de noix vomique.....	0 gr. 30
Eau d'amandes amères.....	1 gr.
Infusion de menthe.....	2 gr.
Acide chlorhydrique dilué.....	0 gr. 05
Alcool de vin à 96°.....	2 gr. 60

Le mélange doit être conservé dans un flacon de verre teinté.

On se sert de ces goutes de la façon suivante.

Après chaque selle on administre quarante gouttes (dans de l'eau bouillie) puis on diminue chaque fois le nombre de gouttes de cinq. La dose pour les enfants varie suivant l'âge.

Dans la dysenterie, en dehors de ces gouttes à l'intérieur, l'auteur prescrit encore des lavements d'eau bouillie à la température du corps, à laquelle on ajoute XXX gouttes pour un adulte et un nombre de gouttes variable suivant l'âge pour les enfants (en commençant par une goutte). On administre ces lavements d'abord deux fois par jour (matin et soir) puis moins souvent, si l'état du malade s'améliore. Quant au résultat, obtenu par ce traitement, Kouarjewsky affirme que généralement cinq ou six administrations de ces gouttes (en diminuant progressivement leur nombre comme nous l'avons dit plus haut) sont tout à fait suffisantes pour arrêter définitivemsnt les diarrhées gastro-intestinales qui parfois résistent pendant longtemps au calomel, à l'opium et au bismuth.

J. Rousleff.

Les réactions électriques de la musculature gastro-intestinale et leur valeur thérapeutique, par C. W. Mc Caskey, *Medical Record*, 26 juin 1902. — Voici les conclusions de ce travail basé sur des expériences : l'électricité a une grande valeur dans le traitement de l'atonie musculaire gastro-intestinale ; les courants faradiques doivent être préférés, car les effets des courants galvaniques sont problématiques et moins bien adaptés au but d'une excitation musculaire. Les courants électriquee passent facilement à travers la muqueuse intestinale ; ils suivent les lignes de moindre résistance des parois de la cavité abdominale et des parenchymes qui y sont contenus. Il est impossible de

produire un péristaltisme physiologique par l'excitation électrique, quelle que soit la méthode employée. La faradisation intragastrique et peut-être l'application sous-cutanée produit une augmentation de la tonicité des tuniques gastriques avec modification du volume de l'estomac qui se rétrécit légèrement, une faradisation intracolique, surtout si l'un des pôles opposé est dans l'estomac, donne lieu, au bout de quelque secondes, à des contractions péristaltiques de l'intestin. Une contraction localisée de la musculature gastrique et intestinale peut être produite par un courant localisé à un point de la muqueuse ; mais celui-ci ne donne lieu à aucun mouvement péristaltique de l'estomac, quoique le péristaltisme intestinal se produise.

P. Sainton.

La valvotomie comme traitement chirurgical de la constipation opiniâtre, par William M. Beach (*Soc. Med. de New-Jersey*, 24-26 juin 1902. — L'auteur part de ce principe que dans la constipation, l'intestin ne peut se vider par suite d'une obstruction intra-rectale due aux valvules. Le nombre des valvules rectales peut varier, on en a compté six. La difficulté qu'on éprouve dans certains cas à injecter de l'eau dans le rectum est due à la résistance opposée par ces valvules dont la présence peut être démontrée par l'usage du proctoscope. Le rôle physiologique de ces valvules est de supporter la colonne de matières fécales lorsque l'individu reste debout. Dans la colite rectale, les symptômes observés dépendent de la toxémie intestinale. Il semble que la simple dilatation forcée du sphincter anal soit suffisante pour guérir la constipation, mais l'observation apprend qu'il n'en est rien. Il n'en est pas de même de la valvotomie qui est efficace dans ces cas. L'opération est simple et ne demande, comme pour les autres opérations, qu'une certaine expérience pour en assurer le succès. Le patient est placé en position genu-pectorale et on introduit un proctoscope de 4 pouces de long sur un pouce et demi de diamètre. On aperçoit alors la valvule sur laquelle on exerce une pulvérisation d'une solution d'eucaïne à 1 0/0, puis d'une solution de capsules surrénales. On détermine la profondeur de la valvule à l'aide d'un crochet. On pratique deux incisions sur chaque valvule et une suture de chaque côté pour réunir la plaie afin de n'avoir pas une large surface granuleuse. Les dangers de l'opération sont l'hémorrhagie et la péritonite. Les tissus sont très vasculaires, mais l'usage copieux de la solution surrénale suivi d'un tamponnement suffit habituellement à assurer l'hémostase. Il faut une certaine expérience pour déterminer exactement la profondeur de l'incision. Après l'opération, le malade reçoit un lavement tous les jours. Beach a vu un certain nombre de cas d'aménorrhée et de dysménorrhée dont la guérison a été obtenue par la valvotomie.

L. Jumon.

Traitement de l'étranglement intestinal par des injections sous-cutanées d'atropine (*Thérapeutique moderne Russe*, N° 6, 1902). — En se basant sur son expérience personnelle, *Dyatschenko* formule les conclusions suivantes au sujet du traitement de l'étranglement intestinal par des injections sous-cutanées d'atropine.

1° Dans l'intussusception l'atropine à petites doses ne peut que l'augmenter ; si l'on veut recourir à de fortes doses, il est préférable de se servir de l'opium.

2° Dans le volvulus, l'emploi de l'atropine est tout simplement risqué.

3° Dans l'incarcération, surtout dans l'incarcération interne, l'atropine peut être employée simultanément avec d'autres moyens thérapeutiques avant qu'on soit bien fixé sur le point où est situé la lésion et sur la nécessité d'une opération.

4° Dans l'obstruction intestinale, on peut considérer comme une règle que l'atropine est indiquée (à doses augmentant les mouvements péristaltiques) à côté du massage, de l'électricité et des lavements profonds.

5° L'atropine est indiquée dans l'ileus dynamique, dans la forme paralytique ainsi que dans l'état parétique de la tunique musculaire intestinale et des ganglions nerveux : l'atropine en supprimant l'action inhibitrice du nerf splanchnique contribue au déplacement du contenu intestinal. Mais l'atropine reste sans effet dans les cas où il y a paralysie complète d'une portion de l'intestin.

Roubleff.

Influence de la médication thyroïdienne sur le prurit des ictériques, par Gilbert et Herscher (*Société de Biologie*, 26 juillet 1902). — L'ingestion de corps thyroïde fait disparaître ou du moins améliore notablement le prurit des ictériques.

Sous l'influence de cette médication la réaction de Hay est modifiée et, comme l'on admet que le prurit est dû à l'action des sels biliaires sur les terminaisons nerveuses, MM. Gilbert et Herscher ont été conduits à penser que le corps thyroïde exerce sur les sels biliaires une action destructive ou modificatrice.

G. Lyon.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement des aliénés (*Deutsche Klinik*. fasc. 45. 1902). — PELMANN conseille d'éviter, autant que possible, de tromper les aliénés qu'on dirige sur les asiles : ils ressentent fort souvent le besoin d'être admis dans un établissement pour obtenir la guérison, et acceptent plus facilement qu'on ne croit la perspective de l'entrée à l'asile.

Au point de vue thérapeutique, l'électricité ne donne, sous aucune de ses formes, de bons résultats. L'hydrothérapie, au contraire rend de grands services, à l'exception de la douche froide, presque toujours mal supportée : les bains tièdes, les enveloppements humides sont d'excellents adjuvants.

Comme purgatifs, on préférera les drastiques.

Parmi les calmants, l'opium est souvent indiqué : on commencera par deux pilules de 0 gr. 03 par jour, pour atteindre, en cas de besoin, des doses dix fois supérieures. En cas de grande agitation, avec phénomènes intéressant plus spécialement la motricité, l'hyoscine et la duboisine modifieront souvent les troubles pathologiques. La morphine sera plutôt destinée à combattre les algies diverses et l'insomnie qu'elles provoquent. L'insomnie essentielle, en revanche, sera modifiée par le chloral, qui reste préférable le plus souvent, à tous ses succédanés. En cas d'usage prolongé, la paraldéhyde sera indiquée. Comme hypnotiques légers, la bière, le punch peuvent être prescrits : l'alcool sera, en outre, utile dans les cas où il s'agit de relever la tonicité cardiaque (délires avec collapsus, manie puerpérale, etc.) .

On s'abstiendra, en général, de toute intervention gynécologique, ces dernières exerçant sur le sensorium de l'aliénée un effet nocif. Les troubles de la menstruation observés chez les aliénées sont, en général, sous la dépendance de l'état cérébral et disparaissent au cours de l'amélioration de ce dernier.

E. VOGT.

L'apomorphine comme calmant et hypnotique (*Publication en l'honneur du jubilé du Pr Leyden*). — Le Pr RABOW rappelle que les solutions d'apomorphine, qui prennent en vieillissant une teinte verte, ne perdent pas pour cela leur activité.

On sait que 0,01 à 0,03 gr. d'apomorphine en injection sous-cutanée provoquent du vomissement au bout de 3 à 10 minutes, alors qu'avec l'administration interne il faut des doses jusqu'à 10 fois plus fortes pour obtenir un effet beaucoup plus tardif. L'addition de morphine à la solution exalte l'effet vomitif. L'injection est donc indiquée tout spécialement dans certains empoisonnements, quand il s'agit d'obtenir un effet rapide : elle rend en outre de grands services comme expectorant, quand la sécrétion trachéo-bronchique se détache difficilement et qu'il y a menace de suffocation.

L'apomorphine est en outre un anesthésique local, car quelques gouttes d'une solution de 1 à 2 0/0 instillées dans le milieu oculaire provoquent de l'anesthésie de la cornée et de la conjonctive avec dilatation pupillaire. Cet effet s'accompagne malheureusement de douleurs et d'irritation dans la région anesthésiée.

Comme hypnotique, l'apomorphine en injection sous-cutanée provoque rapidement, à doses convenables, un sommeil profond et prolongé dans nombre de cas. Il faut toutefois éviter de l'employer chez des sujets à cœur faible, chez les débilités et les vieillards. On observe comme avec ses congénères, des phénomènes d'accoutumance.

L'apomorphine rendra de grands services dans les hospices d'aliénés, car on peut, grâce à elle, plonger dans le sommeil des malades très agités. Chez tous les sujets sains d'esprit, l'action hypnotique de l'apomorphine ne doit pas être utilisée.

E. VOGT.

Neurectomie contre la névralgie faciale (*Medical News*, 21 juin 1902). — M. MAGRUDER, regarde la névralgie faciale comme véritablement une des affections les plus rebelles quoique non mortelles, que le médecin ait à combattre. Dans le cas où l'on a fait l'excision du nerf, celui-ci a paru complètement normal, tandis que dans d'autres cas on a noté des altérations pathologiques. En ce qui concerne le traitement chirurgical de cette affection, Magruder signale trois méthodes : 1° La division du tronc nerveux ou du filet qui est le siège de la douleur. Le soulagement qui résulte de cette intervention est d'une durée très courte, car la fonction du nerf est très vite rétablie. 2° L'excision du ganglion de Gasser ; l'auteur n'a pas l'expérience personnelle sur la valeur de cette méthode. 3° L'excision d'une portion du nerf atteint; les résultats obtenus par cette méthode sont variables. Magruder donne l'histoire de plusieurs cas. L'un d'eux concerne un homme de 71 ans qu'il opéra onze fois en moins de neuf ans. La région sous-orbitaire droite fut opérée dix fois, le nerf nasal droit fut opéré une fois, et le nerf temporal

droit une fois. Toutes ces opérations apportèrent un soulagement plus ou moins temporaire, d'une durée variable de quatre à dix-huit mois. Le soulagement fut parfait dans les premiers mois, dans les derniers il y eut seulement une amélioration des symptômes. Plusieurs fois la douleur parut exaspérée à un degré extrême immédiatement après l'opération, la douleur diminua ensuite mais sans disparaître. La difformité qui résulta de l'intervention fut très légère après deux premières opérations, mais elle augmenta dans les opérations suivantes et devint finalement très marquée.

L. Jumon.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr Courtade

Ancien interne des hôpitaux

Traitement de l'angine scarlatineuse par des injections locales parenchymateuses d'acide phénique (*Thérapeutique Moderne Russe*, n° 5,1902). — Après avoir essayé dans le traitement de l'angine scarlatineuse un grand nombre de procédés depuis les plus anciens jusqu'aux plus récents (sérum Marmorek, spermine Pel, etc.) *Polyevktoff* s'est arrêté aux injections d'acide phénique dans le parenchyme des amygdales et de la luette.

On sait que cette méthode remonte à 1888 ; elle a été préconisée par Hubner qui avait déclaré à cette époque que la mortalité avec ce traitement ne dépasse pas 8 0/0. D'après Hubner les streptococques qu'on trouve presque toujours dans l'angine scarlatineuse nécrotisante ne sont pas le facteur déterminant ; l'angine ne serait due qu'à l'action de la toxine scarlatineuse. Cette toxine imbibant les tissus de l'organisme atteint leur ferait perdre leur résistance et les rendrait ainsi facilement attaquables. Les streptococques profitant de cette diminution de résistance vitale des tissus pénétreraient dans leur profondeur, de là dans les ganglions lymphatiques, où ils détermineraient l'inflammation grave, allant jusqu'à la suppuration et même jusqu'à la gangrène. Si nous ne possédons pas de moyens efficaces de lutter contre la toxine scarlatineuse, nous pouvons en tout cas par des moyens antiseptiques atténuer ou même supprimer la virulence des streptococques et préserver ainsi l'économie contre leur action néfaste.

Polyevktoff estime que cette préservation de l'économie contre l'infection secondaire par les streptococques doit nécessairement avoir des résultats bienfaisants sur l'organisme malade qui pourrait ainsi concentrer toute son énergie défensive à lutter exclusivement contre les toxines scarlatineuses.

Polyevkoff a employé les injections d'acide phénique dans 110 cas. Sur ces 110 malades il n'y a eu que 18 morts (16 0 0) et il faut ajouter que sur ces 18 malades plus de deux tiers (13) sont morts dès le deuxième ou troisième jour après leur entrée à l'hôpital, c'est-à-dire avant qu'on eût pu leur administrer un nombre d'injections suffisant. Sur les autres 5 malades, à deux on a fait peu d'injections et chez deux on a commencé le traitement très tard. La guérison de 92 autres malades ne peut qu'encourager l'auteur à continuer cette méthode. Car non seulement la mortalité générale a diminué (16 0/0 au lieu de 24 0/0) mais encore les complications ont été observées moins fréquemment. La condition essentielle du succès est, pour l'auteur, de commencer le traitement le plus tôt possible, avant que l'inflammation naso-pharyngée ait eu le temps de devenir grave.

Si les streptococques ont déjà eu le temps de pénétrer dans la profondeur des tissus, les injections à doses relativement petites pratiquées seulement dans les amygdales et dans la luette, ne sont guère capables d'arrêter le processus. Le mieux c'est de commencer le traitement, le deuxième jour de la maladie, lorsque le diagnostic ne fait pas de doute.

On se sert pour ces injections d'une solution d'acide phénique à 3 0/0. Une seringue de Pravaz à 1 gramme contient par conséquent 0,03 centigrammes d'acide phénique.

Lorsqu'on a affaire à de jeunes enfants on injecte dans chaque amygdale une demi-seringue. Cette dose peut être doublée pour les adultes.

Les injections faites à l'aide d'une seringue, pourvue d'une longue canule, sont pratiquées une fois par jour durant 5 à 6 jours jusqu'à ce qu'on obtienne un abaissement plus ou moins durable de la température.

Au début du traitement il est indispensable de surveiller attentivement les urines et de ne pas oublier surtout que les enfants jeunes sont très sensibles à l'acide phénique.

Polyevktoff n'a observé des modifications des urines que trois fois ; les urines ont repris leur coloration normale de suite après suspension de traitement. En terminant Polyevktoff déclare qu'il ne peut pas préconiser plus expressément la méthode de traitement en question parce

que d'une façon générale, les épidémies de scarlatine, observées dans ces derniers temps sont bien moins intenses qu'autrefois.

J. Roubleff.

La thyroïdectomie dans les thyroïdites aiguës suppurées, par le Dr X. Delore (*Gaz hebd. de méd. et de chir*, 24 juillet, 1902.) — On a divisé les thyroïdites aiguës suppurées en deux variétés : les thyroïdites vraies, parenchymateuses, diffuses, envahisant en totalité ou en partie une glande primitivement saine et les strumites ou inflammations localisées aux noyaux ou kystes thyroïdiens. Certaines de ces deux variétés exigent la thyroïdectomie ou la strumectomie, c'est lorsqu'une simple incision ne suffit pas à les guérir. Dans les strumites suppurées, le kyste persiste parfois, après l'évacuation du pus, sans grande tendance à l'élimination spontanée. Les strumites rétro-sternales surtout, par leur situation profonde et les dangers de suffocation qu'elles entraînent exigent une intervention précoce et profonde. En pareil cas les drains et les mèches, quoique minutieusement placés et changés, ne donnent souvent qu'un écoulement insuffisant, il en résulte que la durée est indéfinie, en particulier lorsqu'il s'agit de kystes avec infiltration calcaire. De là des conditions très favorables à la rétention des produits septiques et à la septicémie chronique.

Les thyroïdites vraies, totales ou partielles peuvent aussi déterminer des désordres qui aboutissent au même résultat, parce qu'il se produit des mortifications de tissus, des décollements péri-glandulaires. Les malades sont enfin exposés, pendant toute la durée de l'élimination à des bronchites ou à des broncho-pneumonies infectieuses par continuité, ainsi qu'à des ulcérations vasculaires mortelles, à des perforations de l'œsophage ou de la trachée.

Il persiste des décollements comme autour de certains ganglions qui ont été le point de départ d'un adénophlegmon. Ces conditions réclament la thyroïdectomie totale ou partielle.

Le thyroïdectomie unilatérale conviendrait aux thyroïdites diffuses, rebelles aux incisions, ses indications seront extrêmement rares. En effet, la plupart des thyroïdites étant des strumites seront comme telles, traitées plutôt par la strumectomie, suffisante pour donner la guérison.

La strumectomie est donc indiquée dans quelques cas. La question est de savoir s'il faut l'employer d'emblée, c'est-à-dire, pratiquer une strumectomie primitive ou bien une strumectomie secondaire intra fébrile précoce après une première incision. En règle générale, le traitement de toute thyroïdite suppurée consistera d'abord dans l'incision et le drainage qui suffiront à conjurer les accidents. D'ailleurs l'efficacité très fréquente de l'incision simple semble restreindre les indications de l'ablation primitive des thyroïdites et il n'est guère possible de reconnaître à l'avance les strumites rebelles à l'incision. C'est surtout contre les collections intra-thyroïdiennes rétro-sternales que s'appliquera la strumectomie pratiquée secondairement en pleine fièvre, alors que l'opération primitive paraîtrait dangereuse vu la dyspnée et le mauvais état général. Telles sont les indications de la thyroïdectomie à chaud, à côté des indications de la thyroïdectomie à froid.

L. Jumon.

Ablation de l'epiglotte dans le cancer inopérable du larynx, par Furniss Potter (*Brit. Med. J.*, 19 juillet 1902). — Dans un cas observé par l'auteur, le principal trouble dont souffrait le malade consistait dans une dysphagie extrême due à la lésion très étendue de l'épiglotte.

Potter a pensé enlever cet organe comme traitement palliatif pour supprimer la dysphagie douloureuse et permettre ainsi au malade de s'alimenter, comme l'avait fait Lake avec succès dans les cas de dysphagie causée par la phtisie laryngée. Il s'agissait d'une tumeur maligne à développement rapide chez un homme de 48 ans. Les troubles remontaient apparemment à quatre mois. La tumeur avait envahi l'épiglotte, le côté gauche du larynx et il existait une infiltration continue entre le cartilage thyroïde et un ganglion dur situé en arrière du sterno-mastoïdien. La respiration n'était pas gênée. Le malade ne pouvait depuis deux mois déglutir que des aliments liquides. Une sonde œsophagienne passait facilement.

Potter enleva la plus grande partie de l'épiglotte avec l'anse galvano-caustique. Il se proposait d'enlever ce qui restait et qui pouvait être évalué à un cinquième de la totalité de l'épiglotte, mais le patient n'éprouvant plus aucun trouble de la déglutition, il jugea cette opération complémentaire inutile. L'opération par le galvanocautère ne fut absolument pas douloureuse, et il n'y eut pas d'hémorragie. Deux jours après, il pouvait s'alimenter sans difficulté. Cette opération palliative est donc indiquée dans les cas analogues.

L. Jumon.

Résection du larynx cancéreux (*Gazette Médicale russe*, n° 24, 1902). — Napalkoff estime qu'il est temps de cesser de considérer la résec-

tion du larynx comme une opération d'ordre extraordinaire. Il faut d'après l'auteur faire entrer la résection dans la véritable pratique chirurgicale. Il est évident que pour diminuer la grande mortalité à la suite de la résection du larynx, il est à désirer que le diagnostic soit fait d'aussi bonne heure que possible.

Il faut donc au moindre soupçon recourir à l'examen histologique.

L'auteur cite 5 cas de cancer du larynx où le diagnostic a été fait si tardivement que dans un seul cas il a été possible de se borner à la résection d'une moitié du larynx; dans tous les autres, on a été obligé de pratiquer la résection totale.

Sur ces cinq malades deux fort âgés et épuisés sont morts ; l'un au bout de trois jours, l'autre au bout de dix-huit mois à la suite d'une récidive.

Les autres trois opérés sont dans un état excellent, depuis plusieurs mois; ils articulent très nettement et ils parlent assez haut, sans aucun appareil artificiel.

J. Roubleff.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux

Modifications du sang chez les syphilitiques soumis au traitement, (*Gazette médicale russe*, n° 19 1902). — Ossendovski a fait ses recherches sur 30 syphilitiques, dont l'âge a varié de 19 à 39 ans et qui ont été soumis à différentes méthodes de traitement anti-syphilitiques (frictions à l'onguent gris, pilules d'hémol, iodure de potassium, injections intra-musculaires de sels mercuriels.

Le sang a été examiné chez chaque malade 3 fois, autant que que possible à des intervalles réguliers, avant, pendant et après le traitement. Voici les constatations faites par l'auteur.

A la suite du traitement, en général, quelle que soit la méthode employée, le sang des syphilitiques devient plus riche en hémoglobine et en globules rouges; le nombre des leucocythes diminue : celui des lymphocytes augmente dans la majorité des cas. Quant aux leucocythes mononucléaires, aux globules multinucléaires et aux éosinophiles, leur nombre tend à diminuer.

Si l'on passe maintenant aux différentes méthodes de traitement employées on constate ceci :

Avec les injections mercurielles intra-musculaires, la quantité d'hémoglobine augmente davantage qu'avec les autres procédés de traitement.

Les injections hypodermiques plus que toute autre méthode de traitement augmentent le nombre des globules blancs. Les frictions et les injections intramusculaires agissent particulièrement sur l'augmentation du nombre des lymphocytes.

Le nombre des leucocythes mononucléaires et des formes transitoires diminue avec le traitement par les frictions et l'administration d'iodure de potassium : il augmente le plus souvent avec l'administration de mercure à l'intérieur et avec les autres méthodes de traitement varie tantôt dans un sens, tantôt dans un autre.

Le nombre des globules multinucléaires diminue avec tous les procédés de traitement mercuriel, mais augmente le plus souvent avec le traitement par l'iodure de potassium.

Avec les injections intramusculaires le nombre d'eosinophiles varie tantôt dans un sens, tantôt dans un autre; avec les autres méthodes de traitement, il diminue généralement.

Avec toutes les méthodes de traitement, la proportion des globules rouges et des globules blancs reste à peu près normale, s'approchant du minimum physiologique.

L'augmentation est la plus prononcée avec les injections hypodermiques et la moins prononcée avec les frictions.

Dr Roubleff.

Des cures thermales sulfureuses dans la syphilis, par Dresch. *Journal des Praticiens*, n° 23, p. 355, 1902. — Comme toute toxi-infection, la syphilis entraîne un trouble des mutations organiques dans un sens d'hyperfonctionnement qui est la preuve évidente de la défense active de l'organisme.

On constate de l'hypoglobulie avec un chiffre abaissé d'oxy-hémoglobine. Il y a de l'hyperleucocytose qui trahit le gonflement des ganglions et celui du foie et de la rate; d'autre part une dénutrition qui se traduit par la présence en excès dans les urines du chlore, de la chaux, de la potasse, de la magnésie, du soufre.

Les eaux sulfureuses, en bains et boissons, s'adressent aux processus de dénutrition et de déminéralisation; elles tendent à ramener à un équilibre meilleur la nutrition viciée du syphilitique; de plus elles sont antitoxiques, favorisent l'élimination des principes nuisibles accumulés dans l'organisme.

Ce qu'il faut éviter c'est l'association souvent pratiquée d'un traitement hydrargyrique intensif au traitement thermal; la cure thermale doit rester intercalaire et post-hydrargyrique.

La cure thermale rend à l'organisme son maximum de sensibilité vis-à-vis l'agent curateur, en mobilisant le mercure qui était resté inutilisé dans l'organisme. Ceci n'est pas une vue de l'esprit; en effet, pendant la cure, nombre de malades ont de la stomatite avec fétidité de l'haleine, de la diarrhée, indices d'un retour à l'activité du mercure introduit anciennement. De plus un malade rebelle au traitement avant la cure thermale, voit ses accidents se dissiper lors de la reprise du traitement après la cure.

G. Lyon.

Traitement des folliculites superficielles, par Leredde (*Rev. prat. des mal. cutanées*, 1er juin 1902). — Dans les cas bénins, on appliquera une couche de pâte de Lassar :

Vaseline..... ..	
Lanoline.....	
Oxyde de zinc.....	àà 10 grammes
Amidon.....	

recouverte d'une grande quantité de poudre; puis au bout d'un jour ou deux, dès qu'il y aura de l'amélioration, une pâte contenant de l'acide salicylique, de la résorcine, du calomel :

Acide salicylique.....	1 gr. 50
Résorcine.....	0 — 50 à 2 gr.
Calomel ou oxyde jaune de mercure.....	0 — 50 à 1 — 50
Amidon.....	àà 12 grammes
Oxyde de zinc.....	
Vaseline.....	25 —

ou une pâte soufrée dont on surveillera l'effet :

Soufre précipité.....	4 grammes
Oxyde de zinc.....	6 —
Terre fossile.....	2 —
Axonge benzoïnée.....	28 —

Dans les cas aigus, où les pustules se multiplient rapidement, on appliquera des pansements demi-humides d'eau bouillie ou de sérum physiologique, ou de la solution suivante :

Acide borique.....	10 grammes
Acide salicylique....	5 —
Borate de soude.....	11 —
Eau.....	1000 —

de la pâte autour des éléments, et entre eux s'il est possible.

Dans les pustulations qui se développent sur des lésions d'intertrigo, sans eczématisation associée, on fera d'emblée des frictions avec du coton hydrophile imprégné du mélange :

Teinture de benjoin....	10 grammes
Teinture d'iode.....	10 —
Alcoolat de lavande....	20 —

E. Vogt.

La photothérapie dans le traitement des exanthèmes par le Dr J. Figueras (*Gaceta Medica Catalana* n° 6 1902. — Ayant voulu faire un examen comparatif des résultats obtenus avec le traitement classique et celui par la lumière rouge chez les varioleux, l'auteur a divisé ses malades en deux séries, en plaçant dans chacune d'elles les malades de conditions organiques semblables. Voici ses résultats :

1° La durée totale de la maladie fut moindre (dans des conditions semblables) chez les malades traités exclusivement par le séjour dans un local où ne pénétraient que des rayons rouges que chez les autres soumis à d'autres traitements.

2° Les phénomènes de réaction générale, tant à la période d'éruption qu'à celle de suppuration furent beaucoup moins intenses chez les premiers ; la température ne dépassa jamais 39°.

3° Les symptômes subjectifs furent beaucoup moindres chez les malades traités par la lumière rouge.

4° L'évolution des pustules, non seulement fut rapide, mais encore accompagnée d'une réaction locale si faible qu'on apercevait à peine l'aréole dont les pustules sont entourées.

5° L'altération de la couche de Malpighi était peu profonde, ce qui permit une réparation rapide et presque complète.

6° La convalescence fut toujours courte.

F. Berini.

A propos du traitement des périfolliculites, par Colleville (*Union Médicale du Nord-Est*, 15 août 1902). — L'auteur donne cinq observations démontrant qu'en matière de sycosis, aussi bien dans les infiltrations superficielles que profondes, il y a *économie de temps* et tout avantage à recourir sans hésiter à la curette. Avec les moyens d'anesthésie générale ou locale dont on dispose, la curette, maniée prudemment, enlève très facilement le tissu malade dont la consistance molle contraste avec la résistance du tissu sain. On a créé ainsi une érosion saignante dont l'eau oxygénée a bien vite raison : en très peu de temps la cicatrisation de cette plaie toute superficielle est obte-

nue. Si le parasite pyogène n'a pas détruit tout le follicule, l'instrument tranchant aura sarclé le tissu malade et assaini le terrain sur lequel le poil repoussera avec une vigueur nouvelle.

La rapidité avec laquelle s'obtient la guérison des parties curettées en regard des autres traitements employés est frappante. Il faut en moyenne de 5 à 10 jours pour obtenir la cicatrisation, dans les cas ordinaires.

Les régions pileuses ne sont pas fatalement condamnées à devenir glabres, le nodule inflammatoire n'ayant pas toujours envahi le follicule pileux jusqu'à sa racine. Le déblaiement opéré, le poil repousse sous l'influence de la sève que ce rasage et les pansements stimulants (tels que l'eau oxygénée ou le sublimé) sont capables de lui communiquer ;

Malgré la vascularisation des parties malades, l'hémorragie est arrêtée instantanément avec l'eau oxygénée dont le seul inconvénient serait de colorer les poils; mais dès le lendemain, on peut lui substituer des compresses de sublimé ;

Consécutivement on fera des pansements humides et surtout, à défaut d'asepsie, une antisepsie aussi minutieuse que possible de la zone malade et de ses confins, afin d'éviter de nouveaux ensemencements microbiens sur une peau tendre et irritable.

E. Vogt.

Traitement de l'acné-nécrotique, par Leredde (*Rev. prat. des mal. cutanées*, 1er juin 1902). — Le traitement doit être fait avec énergie au moment des poussées et dans l'intervalle, pour éviter la multiplication des lésions actuelles, ou le développement de lésions nouvelles.

Sur les lésions en activité on fera des applications de pommades, de lotions ou de pâtes soufrées, suivant l'irritabilité des tissus. Dans un cas récent, l'auteur a employé des pulvérisations, destinées à ramollir les croûtes, suivies de curetage, pour enlever celles-ci, sans empiéter sur la bordure; les foyers nécrotiques ouverts étaient pansés avec la pâte suivante :

Amidon.....	6	grammes
Soufre précipité.....	3	—
Cinabre.....	1	—
Vaseline.....	10	—

Il n'y a que des avantages à faire le curetage, car on diminue ainsi le temps nécessaire à la cicatrisation ; celle-ci se fait régulièrement, l'escarre étant enlevée.

Au traitement soufré on peut substituer le traitement par les préparations à l'oxyde jaune de mercure (1 p. 40-1 p. 20), au calomel, au turbith (mêmes doses).

Dans les formes à extension rapide, on peut cautériser chaque élément *naissant* au galvanocautère. Les cautérisations seront suivies de pulvérisations destinées à faire tomber rapidement les croûtes.

Dans l'intervalle des poussées, il convient de faire un traitement antiséborrhéique, par le soufre, l'ichtyol, les mercuriaux ; au besoin de faire exfolier la peau par la pâte résorcinée d'Unna. Le traitement interne doit être dirigé surtout contre les troubles digestifs, fréquents chez les malades atteints d'acné nécrotique, sous forme de fermentations gastro-intestinales.

E. Vogt.

Ophtalmologie

Dr E. Kopff

Médecin oculiste de l'hôpital St-Joseph

Emploi du Jéquiriti en ophtalmologie, par le Dr Manuel Menacho (*Archivos de ophtalmologia Hispano Americana*, nos 3 et 4, 1902). — Le jéquiriti trouve un emploi avantageux, comparé aux autres traitements, dans les affections suivantes de la cornée :

1° Dans les formes torpides de l'ulcère de la cornée, dans les ulcères à facettes principalement dans la kératite cicatricielle;

2° Dans le pannus rebelle;

3° Dans les états consécutifs à la kératite parenchymateuse, infiltration et sclérose;

4° Pour diminuer les infiltrations environnant le tissu cicatriciel de la cornée;

5° Dans le pannus granuleux et la kératite granuleuse;

6° Dans les conjonctivites granuleuses avec pannus on guérit rapidement le pourtour de la cornée, en modifiant en même temps favorablement les granulations cicatricielles ; celles-ci disparaissent avec rapidité.

Les conjonctivites granuleuses sans lésion de la cornée, ne doivent pas être traitées avec le jéquiriti, excepté les formes sèches et encore avec prudence, car c'est dans ces cas qu'on observe les complications du côté de la cornée.

L'auteur traite uniquement les formes rebelles avec le jéquiriti, car évidemment une kératite pustuleuse ou en bandelette simple ne doit pas être traitée avec ce produit.

F. Bérim.

L'acide picrique dans le traitement des blépharites ciliaires, par Isidori (*Il Policlinico-Supplemento*, 15 févr. 1902). — L'acide picrique grâce à son action analgésique, antiseptique,

kératoplastique est très utile dans le traitement des brûlures superficielles, des eczémas impétigineux, des blépharites aiguës, chroniques et ulcéreuses. Il agit très énergiquement et rapidement spécialement dans les blépharites ciliaires; le temps nécessaire à la guérison varie entre dix et quarante jours. L'acide picrique n'est ni irritant, ni caustique, ni toxique; la médication est très facile à appliquer sous forme de pommade à 2 0/0.

A. L. Percival.

Traitement du trachome (*Allg-Med. Central-Ztg.* 1902, n° 64). — Katicie, s'inspirant des travaux de Rœmer, a étudié le *jéquiritol*; ce nom a été donné, par ce dernier auteur, à un extrait, facile à doser, de jéquirity. L'ancienne infusion, dont le dosage est fort variable, a dû être abandonnée, après une vogue momentanée, à cause de cette incertitude dans le dosage.

Rœmer a reconnu que l'organisme soumis à l'action du jequirity fabrique des antitoxines destinées à combattre cette action : il a obtenu expérimentalement un sérum, grâce auquel le traitement par le jéquirity (ou mieux le jéquiritol), ne présente plus aucun danger. Chaque fois que le jéquiritol provoque dans les milieux oculaires une inflammation trop intense, on enraie celle-ci au moyen du sérum.

L'instillation quotidienne dans l'œil trachomateux de 1 à 3 gouttes de jéquiritol, de concentration toujours plus forte, donne naissance à une conjonctivite à fausses-membranes avec photophobie et larmoiement. Si les phénomènes sont trop intenses, on injecte du sérum, et tout rentre dans l'ordre.

Katicie dispose de 9 cas de pannus consécutif au trachome, ainsi traités: dans tous les cas, les résultats ont été des plus satisfaisants.

E. Vogt.

Traitement des suppurations de l'œil par les crayons d'iodoforme (*Thérapeutique Moderne Russe* n° 1, 1902). — Evetzky a obtenu de bons résultats dans le traitement des suppurations de l'œil par l'introduction dans la chambre extérieure de crayons d'iodoforme, méthode préconisée par Haab.

L'auteur rapporte 4 cas (panophtalmie, plaie perforante de la cornée avec large ulcération), et en se basant sur ces cas, il formule les indications suivantes :

1) dans les plaies pénétrantes de la cornée et de la sclérotique — à titre de prophylaxie.

2) Si l'infection existe déjà — comme mesure thérapeutique.

3) Dans les cas excessivement graves d'ulcère serpigineux de la cornée (grâce à ce traitement l'éclaircissement de la cornée est bien plus prononcé).

Evetzky ajoute que l'iodoforme introduit dans la chambre antérieure détermine, au point où il vient en contact avec la cornée, un léger obscurcissement qui du reste, le plus souvent, disparaît par la suite.

La résorption du crayon, introduit dans l'œil, dure de 2 à 6 semaines.

J. Roubleff.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

Rupture intra-péritonéale de la vessie, par Shaw M'Laren (*The Scottish m. a. surg. J.*, août 1902). — La rupture intra-péritonéale de la vessie est un accident relativement rare dont l'auteur rapporte deux cas, qui se sont produits tous deux à la suite d'une chute. L'accident se traduit par des symptômes graves : choc, vomissements, impossibilité de se lever, douleur hypogastrique, envie extrême d'uriner avec impossibilité de le faire, ou bien miction sanglante; enfin le cathétérisme dénote certaines particularités. L'anurie sanglante qui survient après le traumatisme est le symptôme le plus frappant, il est caractéristique. Si l'on introduit la sonde, on retire quelques gouttes d'urine sanguinolente, mais la vessie contractée ne permet pas à l'instrument de se mouvoir, et dans quelques cas rares, elle a pu passer de la vessie dans la cavité péritonéale. L'injection de liquide peut donner une indication sur la possibilité d'une rupture de la vessie; quant à l'insufflation elle n'est pas permise. Si l'on n'intervient pas, la mort arrive par suite de la péritonite et de l'urémie.

Le traitement consiste à ouvrir la cavité péritonéale sitôt le diagnostic fait, et à suturer la rupture de la vessie. Trois points sont encore le sujet de discussion. Doit-on suturer la muqueuse aussi bien que les autres couches? La plupart des chirurgiens se sont contentés d'une ou deux rangées de sutures de Lembert passées à travers la tunique musculaire et la couche péritonéale. Dans le premier cas opéré avec succès, l'auteur a suturé d'abord la muqueuse et a appliqué les sutures de Lembert en dehors. On se sert de catgut pour ces sutures. Le second point en discussion a trait au drainage du péritoine. Sauf dans quelques cas où les conditions

opératoires sont excellentes, l'auteur croit qu'il faut toujours laisser un tube dans le cul-de-sac de Douglas. Enfin, le troisième point est relatif à l'emploi du cathéter à demeure après l'opération. D'après l'étude des observations rapportées, M'Laren croit qu'il est inutile de laisser l'instrument, sauf à passer la sonde toutes les deux à quatre heures, le premier ou les deux premiers jours. En tout cas, il faut pratiquer le cathétérisme à la fin de l'opération pour retirer le liquide sanguinolent qui reste dans la vessie.

Un cas opéré par l'auteur a guéri, l'autre a succombé six jours après l'opération, avec de légers signes de péritonite : à l'autopsie on trouva une pelvi-péritonite. L'insuccès peut être attribué à la grande difficulté de pratiquer des sutures absolument étanches, et d'un autre côté le delirium tremens dont fut atteint l'opéré n'est peut-être pas étranger à l'issue fatale.

D'après Alexander 50 0/0 des cas opérés par la suture guérissent; les guérisons sont beaucoup moins rares qu'autrefois et M'Laren en a noté vingt-quatre avec celui qu'il publie.

L. Jumon.

Traitement de la tuberculose de la vessie et de la prostate, (*Medicinskoe Obosrenie*, n° 6 1902. — Après avoir passé en revue les différents travaux, parus à ce sujet, et rendu un éclatant hommage à l'école du maître Guyon, Kon insiste sur la grande valeur thérapeutique des instillations de sublimé dans ces cas.

Il rapporte le cas d'un homme de 45 ans, atteint depuis trois ans de tuberculose de la prostate et de la vessie et réduit à un état physiologique misérable.

Les instillations de sublimé d'abord à 1 pour 5.000, ensuite portées progressivement à 1 pour 2.000 ont déterminé très rapidement une amélioration considérable, non-seulement au point de vue local, mais aussi au point de vue de l'état général.

Mais le malade, satisfait de l'amélioration obtenue a interrompu le traitement, de sorte que l'auteur ne peut se prononcer sur le résultat définitif.

Dr Roubleff.

Statistique de 1077 blennorrhagies traités par la méthode de Janet (*Journal des mal. cut. et syphilitiques*, juin 1902). — A la clinique de dermatologie de Toulouse, on utilise depuis dix ans la méthode de Janet. Le nombre total des hommes atteints de chaudepisse qui se sont présentés à la clinique pendant ce laps de temps est sensiblement égal à 2.800 environ. Sur ce total, il en est 1.104 qui ont pu être mis au traitement par les grands lavages au permanganate. Parmi eux, il y en à 27 dont le sort définitif est inconnu.

La statistique qui suit a été rédigée par Florence :

Elle donne :

25 0/0 de guérisons en moins de 10 jours; 53 0/0 en moins de 20 jours; 16 0/0 en moins de 30 jours; 4 0/0 en moins de 45 jours; 1,50 0/0 en moins de 60 jours : 0,50 0/0 ont demandé plus de 2 mois de traitement.

Tous les malades qui ont persévéré ont guéri.

La méthode appliquée a été la suivante :

1° Toutes les fois qu'on le peut, on tente l'abortion. Celle-ci ne réussit que si l'on peut commencer pendant les premières heures ou les deux ou trois premiers jours du début;

2° Aussitôt que le pus est blanc et épais, l'abortion est contre-indiquée. Pendant la période aiguë, c'est-à-dire pendant les deux premières semaines, on s'abstient d'employer la méthode de Janet, on prescrit les balsamiques dès le début, en même temps que l'antisepsie du gland; on donne de l'opiat.

S'il y a de la cystite on traite celle-ci, soit par la térébenthine, soit par les lavages au nitrate d'argent, suivant la ténacité de cette complication.

Aussitôt que l'écoulement devient moins épais, on met les malades aux lavages au permangate de potasse. On fait habituellement passer et pisser deux fois 250 grammes de solution.

La solution type est la solution au 2/1000 dont on augmente ou l'on diminue la concentration suivant la tolérance des individus. Les lavages sont faits chaque vingt-quatre heures, sauf s'il s'agit d'abortion, si l'écoulement est encore bien purulent ou si la maladie devient très résistante; en pareil cas on les fait bi-quotidiens.

Au dixième jour, on examine l'écoulement et à partir de ce moment tous les cinq jours, aussi longtemps que le gonocoque n'a pas disparu.

On ne fait aucun traitement de l'uréthrite légère qui survit assez souvent; celle-ci disparaît toujours spontanément, si les malades ne contractent pas par le coït des infections secondaires.

Il n'y a aucune contre-indication sauf la cystite et la pyélite. L'épididymite est une indication formelle du traitement immédiat s'il n'existe pas de cystite.

On a vu en tout et pour tout survenir une fois une épididymite au cours du traitement.

Un malade a présenté une rupture extra-péritonéale de la vessie qui s'est traduite par une infiltration de la cavité de Retzius, et a guéri.

Un autre a eu une déchirure superficielle de la muqueuse vésicale qui s'est traduite par des

hémorragies abondantes, mais qui a guéri facilement.

Ce sont les deux seuls accidents qui aient été rencontrés sur plus de 30.000 lavages.

E. Voet.

Traitement radical du varicocèle, par M. L. Longuet (de Rouen) (*Gazette des hôpitaux*, 19 et 26 juillet 1902). — L'auteur, après avoir passé en revue les procédés opératoires classiques, ne se déclare pas satisfait des méthodes ayant cours actuellement. Il fait le procès du mot « *traitement radical* », alors qu'il ne s'agit, dans les différents modes de traitements opératoires employés aujourd'hui, que de *traitements palliatifs* à un degré plus ou moins prononcé. Cela est exact d'une manière générale. Il est bien vrai :

1° Que la méthode *phlébo-suppressive*, qui laisse intactes les veines du plexus pampiniforme, et aussi celles intratesticulo-épididymaires, est de ce chef insuffisamment radicale; qu'elle expose à des poussées d'hydrocèle récidivante, à l'atrophie du testicule, par suppression de l'artère spermatique.

2° Que la méthode *scroto-suppressive* n'est pas toujours efficace, quoiqu'elle ait l'avantage d'être fort simple et peu dangereuse. En effet, son moindre défaut est de respecter l'élément morbide principal, pour ne s'occuper que de l'élément accessoire

3° Qu'on peut adresser des critiques à la méthode mixte (*scrotectomie et phlébectomie*). D'allure plus radicale, dit l'auteur, elle n'est acceptée par les chirurgiens que comme thérapeutique d'exception. Elle a le défaut de laisser, au-dessus et au-dessous des segments excisés, de longs tronçons de veines variqueuses. En conséquence, comme les deux autres, elle n'est que *purement palliative*. Ce jugement sévère ne semble pas justifié. Beaucoup plus en honneur que ne le croit l'auteur de cet article, parce que logique et réalisant le maximum de « radicalisme », qu'il soit possible d'atteindre sans tomber dans une périlleuse exagération, l'ablation à ciel ouvert des paquets variqueux, des veines malades, sans qu'il soit même nécessaire de poursuivre celle-ci jusqu'au bout, ablation combinée avec des résections scrotales appropriées comme forme et quantité à chaque cas particulier a donné des résultats définitifs excellents, contrôlés à longue échéance. Le mécanisme de cette action n'est nullement « problématique » ; la diminution du volume des veines, après excision de fragments veineux, est une conséquence directe de la diminution du poids de la colonne sanguine. Ces bons effets sont analogues à ceux que l'on obtient dans l'opération de Trendelenburg pour la cure des varices du membre inférieur.

La thérapeutique actuelle du varicocèle, ainsi comprise, peut donc être considérée comme fort satisfaisante. Il n'en sera que plus intéressant de connaître le traitement que M. Longuet se propose de mettre en parallèle avec le précédent et qu'il annonce sous le titre de *traitement orthopédique sanglant*, méthode conservatrice, tout en déclarant que ce traitement ne saurait être que palliatif.

A. Benoit.

Prostatectomie par le Dr John B. Murphy (*Med. Record* 28 juin). — Après avoir relaté plusieurs cas de prostatectomie l'auteur formule les conclusions suivantes : D'après les faits cliniques, la prostatectomie est une opération de choix dans les cas d'extrême hypertrophie. Entre les mains de chirurgiens habiles, il semble certain que beaucoup de cas bénéficieront de cette méthode et que bien peu poursuivront leur évolution extrême parce qu'on pourra le plus souvent procurer aux malades une guérison définitive. L'usage continuel de la sonde est une menace pour l'existence sans parler des ennuis qu'entraîne son emploi. Tôt ou tard les malades sont atteints de cystites et d'autres complications. La prostatectomie donne les résultats les meilleurs et les plus durables avec moins de danger que la prostatotomie. On doit réserver la prostatectomie sus-pubienne aux cas exceptionnels d'hypertrophie intra-vésicale énorme de la prostate, car elle paraît compromettre la fonction sphinctérienne plus que l'opération périnéale. Elle est plus sanglante et plus difficile pour l'opérateur. L'opération périnéale est plus directe et donne lieu à moins d'effusion de sang, elle permet une ouverture plus large et rend la prostate plus accessible. D'un autre côté il est plus difficile de léser les parois vésicales et le sphincter interne. Le rectum est moins exposé et le drainage est plus facile.

L'auteur la pratique par une incision en forme d'Y avec un spéculum de Sims et un rétracteur postérieur. La prostate est facilement attirée au dehors avec des rétracteurs à crochets et séparée de la vessie d'arrière en avant. L'opération ne doit jamais être faite à travers une incision étroite. Elle doit toujours consister en une énuclation intra-capsulaire en masse, permettant de laisser l'isthme antérieur. L'hémostase peut être assurée avec des pinces ou un tampon de sous-iodure de bismuth et non d'iodoforme. On ne doit pas introduire la sonde à demeure avant d'avoir retiré le drain périnéal. Le malade doit être placé en position demi-

assise pendant 72 heures après l'opération et peut quitter le lit après le cinquième jour. Il doit boire de grandes quantités d'eau dès le commencement. L'anesthésie est conditionnelle. On prescrira du phosphate de soude pour acidifier l'urine et de l'urotropine comme antiseptique.

L. Jumon.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. Blondel,

Chef du Laboratoire de la Maternité,

L'électricité dans l'interruption de la grossesse (*Thérapeutique Moderne Russe*, n° 2, 1902). — Mironoff employant l'électrisation de l'utérus d'après le procédé d'Apostoli a observé qu'en introduisant l'électrode dans le col de l'utérus ou un peu au-dessus de l'orifice cervical supérieur, on obtient une contraction utérine plus intense que lorsqu'on introduit l'électrode dans la cavité utérine proprement dite. La contraction utérine la plus énergique s'obtient dans les cas où l'on emploie l'électrode intra-utérine bipolaire d'Apostoli.

Ce sont ces constatations qui ont suggéré à Mironoff l'idée d'expérimenter l'électrode sur les femmes enceintes dans le but d'interrompre la grossesse et le résultat obtenu a été excellent.

Voici comment il procède.

La femme est placée soit sur une table, soit dans un fauteuil gynécologique : on fait le lavage du vagin et des organes génitaux externes avec du savon et une solution de formaline ou de lysol.

Un spéculum de Cusco met à découvert le col dont on nettoie le canal par de petits tampons d'ouate trempés dans une solution de lysol à 2 0/0. Ceci fait on introduit dans le canal cervical l'électrode d'Apostoli ; le courant est progressivement augmenté jusqu'à 50-75 et même 100 milliampères, la séance dure un quart d'heure. Après quoi, l'électrode enlevée, la portion vaginale de l'utérus et le vagin sont de nouveau nettoyés avec des tampons d'ouate, trempés dans une solution de lysol à 2 0/0.

Pour interrompre la grossesse on est obligé de faire jusqu'à trois séances d'électrisation. La malade peut vaquer à ses occupations dans l'intervalle des séances.

J. Roubleff.

Conduite à suivre dans les grossesses avancées avec tumeurs abdominales, par le Dr Miguel Marti (*Thèse de Doctorat*, Madrid, juin 1501) — L'opportunité d'opérer les tumeurs abdominales pendant la grossesse et après l'accouchement, constitue une question d'ordre capital qui se jugera souvent d'après la nature, l'implantation, les complications déterminées par la tumeur et même d'après certaines conditions individuelles.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° Les tumeurs abdominales siégeant dans les organes voisins de l'utérus doivent être opérées pendant la grossesse.

2° Les tumeurs implantées sur l'utérus doivent être abandonnées jusqu'à ce que la grossesse soit arrivée à terme : à ce moment une intervention abdominale permettra de retirer le fœtus et d'extirper la tumeur.

3° Si pendant une grossesse compliquée de tumeur on a laissé celle-là arriver à terme, et que pendant l'accouchement se présentent des complications mettant en danger la vie de la mère, on doit intervenir, même si on risquait de perdre le produit de la conception.

4° Si une fois l'accouchement commencé on diagnostique une tumeur abdominale, le médecin doit envisager les complications qu'elle peut occasionner ; s'il se produit des obstacles sérieux pouvant compromettre la vie de la mère ou du fœtus, on interviendra en pratiquant la laparotomie.

5° Des résultats obtenus par l'intervention et l'abstention chirurgicale dans les cas de tumeur abdominale compliquant une grossesse, il résulte une statistique plus favorable pour la mère et pour l'enfant dans les cas où on est intervenu.

V. Bérini.

Injections hypodermiques d'ergotine dans l'inertie utérine, par Martinelli (*Annali d'Ostetricia e Ginecologia*, n° 7, 1901). — L'auteur n'avait jamais jusqu'ici employé dans ces cas, ni l'ergot ni ses dérivés. La gravité de certaines hémorragies *post partum* l'a décidé à y recourir chaque fois qu'il doit pratiquer une application de forceps, pour inertie utérine, avec dilatation complète. Il fait une injection de 20-30 centigrammes d'ergot de seigle afin d'exciter les contractions après l'extraction du fœtus et d'éviter une métrorrhagie. Il a été toujours très satisfait de ce traitement ; l'action favorable du médicament doit être attribuée au fait que l'ergotine, qui renforce et accélère les contractions utérines de l'accouchement et n'en modifie pas le type, est capable d'en provoquer de régulières et de bien rythmées pendant les suites de couches.

A. L. Percival.

Technique et indications de la symphysectomie, par le Dr E. Laza (*La Clinica Moderna*, **juin 1902**). — **1° La symphysectomie produit une augmentation de trois centimètres dans le diamètre antéro-postérieur du pelvis et une augmentation réelle qui oscille entre un et demi et deux centimètres;**

2° Elle ne produit ni immédiatement ni consécutivement des lésions pouvant compromettre la vie ou la santé de l'opérée;

3° Les parties molles peuvent subir des lésions qui en général ne sont pas graves et guérissent presque toujours;

4° Pratiquée aseptiquement chez une femme non infectée sa mortalité est presque nulle. Cette mortalité dépend presque toujours de l'infection puerpérale;

5° La mortalité fœtale ne peut pas être fixée encore, mais elle ne doit pas excéder d'un 6 à 7 0/0;

6° Elle peut être répétée sons inconvénient et ne produit aucun trouble dans les grossesses et accouchements successifs;

7° La symphysectomie n'offre aucune difficulté dans son exécution; presque toujours elle doit être suivie de l'accouchement artificiel qui sera réalisé au moyen de la version ou du forceps suivant les circonstances;

8° Elle est indiquée dans les rétrécissements de 7 à 9 centimètres et demi, de préférence à l'accouchement avant terme, à l'opération césarienne, au forceps, à la version et à l'embryotomie:

9° Dans les pelvis de moins de 7 centimètres, elle est inférieure à l'opération césarienne; quand le pelvis dépasse de 95 centimètres on peut choisir entre elle, l'accouchement provoqué et l'application modérée du forceps;

10° Elle est encore indiquée dans les pelvis normaux avec fœtus grand et dans quelques cas rares de mécanisme défectueux de l'accouchement;

11° Elle est contre-indiquée quand le fœtus est mort; quand le pelvis ne peut s'élargir par étroitesse absolue ou par lésion des articulations sacro-iliaques; si la dilatation de l'utérus n'est pas suffisante ou si les parties molles offrent une grande résistance au passage du fœtus.

F. Berini.

L'éclampsie puerpérale, par Maygrier (*Journal des Praticiens*, n° 26, p. 401, 1902). — Le meilleur traitement est le traitement prophylactique. Dès que l'on constate de l'albumine ou les autres signes de l'auto-intoxication gravidique, il faut soumettre les malades au régime lacté exclusif. Le régime lacté sera continué au moins 8 jours, pendant lesquels la malade sera mise au repos. Au bout de ce temps, elle est à l'abri de l'éclampsie.

Quand l'éclampsie sera déclarée, il faudra à la fois débarrasser l'organisme des principes toxiques qui l'encombrent et calmer l'excitabilité des centres nerveux.

Une saignée de 300, 400, 500 grammes sera pratiquée. On la fera suivre d'une injection sous-cutanée équivalente de sérum. On administrera un grand lavement suivi d'un lavement purgatif et on fera prendre 150 à 200 grammes de lait toutes les deux heures. Si la malade ne peut avaler, on la gavera.

L'excitabilité des centres nerveux et l'agitation seront amendées par le chloroforme et le chloral. Mais on n'administrera pas le chloroforme à hautes doses dans la crainte d'ajouter une intoxication médicamenteuse à l'intoxication éclamptique. On se contentera d'en verser quelques gouttes sur un mouchoir au moment des périodes d'excitation. De même pour le chloral : les doses de 12 à 15 grammes employées jadis sont trop élevées.

On prescrira des lavements de 2 à 4 grammes: hydrate de chloral 4 grammes, jaune d'œuf n° 1, lait 200 grammes.

Quant aux bains chauds, conseillés par Bar, ils excitent avantageusement la fonction rénale, mais ils sont souvent d'administration difficile.

Pendant les attaques, on maintiendra la femme dans son lit, on l'empêchera de se mordre la langue en appliquant une compresse au-devant des arcades dentaires.

Il n'y a pas lieu de provoquer l'accouchement, car l'éclampsie peut persister après l'accouchement et d'autre part la grossesse peut continuer après l'éclampsie. L'anurie ou l'hyperthermie seules constituent des indications à intervenir.

Dès qu'il y a un commencement de travail, l'expectation n'est plus de mise. Si la dilatation marche lentement, on doit l'accélérer par l'entrée des deux indicateurs dans le col, puis délivrer la mère par le forceps, la version ou l'extraction suivant les cas.

G. Lyon.

Traitement de l'accès d'éclampsie par le massage, par Schumann (*Revue de Cinésie*, 20 juillet 1902). — **On sait que dans la plupart des cas d'éclampsie l'accès est dû à des troubles digestifs : l'enfant a pris en trop grande quantité, des aliments d'une digestion difficile ou de qualité suspecte. Dans les fèces, on retrouvera un noyau de fruit, un corps étranger, etc. C'est pourquoi le traitement, dans ces cas, a toujours pour but de nettoyer le tube**

digestif, de le débarrasser des matières qui l'encombrent et l'on administre généralement le calomel. Comme le calomel ne peut pas toujours être employé, l'enfant n'étant pas en état d'avaler, on peut recourir aux lavements, de préférence avec des substances provoquant les mouvements péristaltiques de l'intestin. Dans ce même but on peut employer le massage, qui donne toujours d'excellents résultats; il favorise les mouvements péristaltiques, débarrasse l'intestin des gaz et des matières fécales et a pour résultat de couper rapidement l'accès d'éclampsie. Le massage est contre-indiqué quand il existe des signes de péritonite. Quand l'accès est violent, on peut combiner le massage avec le traitement par les narcotiques.

E. Vogt.

Laparotomie dans la grossesse extra-utérine (*Med. Obosr.* n° 5, 1902) Greyve rapporte un cas de grossesse extra-utérine avec un fœtus vivant de 8 mois ; il a pratiqué une laparotomie.

Le succès a été complet. La malade guérit et l'enfant, élevé au sein, se porte bien.

J. Roubleff.

Pédiâtrie

Dr THIERCELIN

Chef de clinique de la Faculté de Médecine.

Traitement de la pyélite chez les enfants (*Medicinkoie Obosrenie* n° 7, 1902). — Filatoff reconnaît les causes suivantes à la pyélite chez les enfants ; 1° diathèse urique ; 2° troubles intestinaux ; 3° tuberculose généralisée ; 4° cystite déterminant une pyélite ascendante. Il faut y ajouter la pyélite idiopathique.

Dans le traitement des pyélites résultant de l'arthritisme les auteurs français interdisent l'alimentation carnée, en se basant sur ce fait que cette alimentation cause la formation de l'acide urique, cependant, d'après Cantani, l'alimentation carnée favorise l'oxydation des albuminoïdes et leur transformation en urée, c'est du reste pour la même raison que les médecins anglais permettent aux goutteux la viande.

D'après les données modernes l'acide urique ne donne pas de dépôt, s'il se trouve dans l'économie à l'état de combinaison soluble avec le phosphate de soude ; la viande ne subit pas la fermentation acide et l'alcalinité du sang ne diminue pas, d'où l'on conclut que d'une façon générale on doit interdire non pas la viande, mais le foie, la cervelle, les reins, ces organes étant riches en nucléine, qui en se décomposant donne de l'acide urique. Il ne faut pas non plus permettre des tomates, des asperges, des épinards, de l'oseille, tous légumes riches en acides. Le vin doit être interdit.

Voilà le régime. Quant au traitement médicamenteux, il diffère suivant la réaction de l'urine.

Si la réaction est acide — des alcalins et des antiseptiques, si la réaction est alcaline — l'urotropine en solution à la dose de 1 gramme par jour à un enfant de 6 à 8 ans, l'acide benzoïque, l'acide borique en solution de 2 0/0. S'il y a des douleurs de ventre des bains tièdes et des eaux minérales alcalines ; la pipérazine à 2 0/0 à la dose d'une cuillerée à café 5 à 6 fois par jour, le sidonal, l'uricédine à la dose de 0 gr. 50 deux fois par jour.

L'action des eaux minérales alcalines s'explique par ce fait qu'en ne se combinant pas avec le phosphate neutre de soude, elles permettent à l'acide urique de se combiner avec ce dernier et de devenir soluble. Suivant les caractères de l'urine, on prescrit des eaux minérales alcalines faibles ou fortes à la dose 3/4 à 1 verre et demi par jour pour un enfant âgé de 5 à 6 ans. Filatoff a également obtenu de bons résultats en administrant l'acide borique en solution de 2 0/0 à la dose d'une cuillerée à soupe toutes les demi heures.

J. Roubleff.

Traitement des tumeurs vasculaires chez les enfants (*Thérapeutique moderne russe*, n° 6, 1902). — Michailoff emploie dans le traitement des tumeurs vasculaires chez les enfants, l'électrolyse à l'aide de la batterie d'Hirschmann à 24 éléments ou de celle de Spamer à 10 éléments.

Il fait pénétrer dans la tumeur des aiguilles en platine qui se trouvent en communication avec les deux pôles de la batterie. La force du courant varie entre 2 et 20 milliampères. La séance dure de 3 à 5 minutes.

L'anesthésie générale est inutile ; il suffit, lorsqu'on procède sur des muqueuses, de badigeonner celles-ci avec une solution de cocaïne à 5 0/0. Après avoir expérimenté l'électrolyse sur 155 enfants, l'auteur a constaté que les meilleurs résultats sont obtenus dans les tumeurs vasculaires du nez, des paupières et des lèvres.

Les tumeurs des joues et des tempes disparaissent plus facilement, bien que dans ces tumeurs également on arrive à la guérison si l'on prolonge suffisamment le traitement et si les tumeurs sont simples.

Dans les tumeurs congénitales, le traitement donne des résultats moins satisfaisants.

L'électrolyse a déterminé parfois des complications sous forme d'hémorragies et de suppurations. Dans un cas, il s'est produit une asphyxie qui a duré plusieurs minutes.

L'auteur estime que la facilité d'application de l'électrolyse ainsi que son innocuité constitue ses avantages sur les autres procédés de traitement.

J. Roubleff.

Traitement de la constipation chez les jeunes enfants. — *Thérapeutique moderne Russe* N° 6, 1902). — En se basant sur 500 observations personnelles *Joukowsky* préconise chaudement dans la constipation des nourrissons le cascara sagrada. Il a constaté que dans 85,5 0/0 des cas, XX gouttes de cascara sagrada mélangées à X gouttes de sirop de sucre déterminent une selle douze heures après l'administration du médicament. Dans les autres cas la selle survient un peu plus tard.

En continuant le traitement (tous les jours ou tous les deux jours) on guérit complètement la constipation habituelle,

Quant aux accidents plus ou moins sérieux (diminution de poids, vomissements, etc.), l'auteur n'en a jamais observé. Il a au contraire constaté une amélioration de l'appétit, ainsi que du caractère des selles.

Le mieux c'est d'administrer les gouttes de cascara pendant les tétées.

Roubleff.

Traitement de la coqueluche par les inhalations d'ozone, par Hurion (*Thèse de Paris*, 1902). — Les inhalations d'ozone diminuent rapidement le nombre, la durée et l'intensité des quintes, font cesser aussi les vomissements, la cyanose et les convulsions et enfin atténuent notablement la durée de la maladie.

G. Lyon.

Agents physiques et naturels.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Action des préparations surrénales par Stephen Longworth (*Brit. med. J.*, 19 juillet 1902). — Les capsules surrénales contiennent un principe actif qui est presque entièrement fourni par la substance médullaire, mais qu'on n'a pu définir d'une façon satisfaisante jusqu'à présent. L'adrénaline, comme d'autres principes isolés par certains auteurs possède à un degré plus ou moins grand les propriétés actives des préparations fraîches de la glande entière. Il est douteux qu'elle constitue le seul principe actif des capsules surrénales.

Lorsqu'on injecte dans les veines d'un animal des préparations de capsules surrénales, l'action se fait sentir en général sur tout le système musculaire, mais surtout sur les parois musculaires du cœur et les vaisseaux sanguins, avec excitation de l'inhibition cardiaque et des muscles volontaires. La pression sanguine s'élève et s'accroit encore après la section du vague ou sa paralysie par l'atropine. Toutefois cet effet ne persiste pas, ce qui s'expliquerait, d'après Schæfer, par la destruction du principe actif dans son passage à travers les muscles.

On a évalué à 0 milligr. 5 d'extrait sec par kilogr. du poids de l'animal la dose nécessaire pour produire le maximum d'effet, et à 0 milligr. 075 la quantité suffisante pour produire un effet marqué sur le cœur et les vaisseaux. Lorsqu'on injecte la substance sous la peau, l'action est la même, mais moins marquée que lorsque l'injection est faite dans les veines. L'extrait surrénal peut être comparé à la digitale à laquelle il est supérieur, mais il n'en possède pas l'effet cumulatif.

Longworth a essayé les injections sous-cutanées et intra-veineuses dans deux cas de collapsus cardiaque aigu chez deux femmes atteintes de manie aiguë dont l'une puerpérale. Dans ces deux cas les effets thérapeutiques ont été très nets. La respiration est devenue plus profonde, l'état syncopal a cessé, le pouls de 140 est tombé successivement à 84 puis à 72, la pression sanguine s'est immédiatement relevée, mais ces effets ont été passagers et il a fallu répéter plusieurs fois les injections. Les malades ont fini néanmoins par succomber, la première au bout de trois jours, la seconde plus rapidement. En pareil cas, Longworth recommande d'avoir recours immédiatement à l'injection intraveineuse, parce que la pression sanguine est trop faible pour compter sur une absorption rapide du liquide injecté dans le tissu sous-cutané.

L'action de l'extrait surrénal est encore moins nette lorsqu'on l'administre par la bouche, bien que d'après Schæfer les principes actifs ne soient pas détruits par la digestion. Grunbaum n'a constaté d'élévation de la pression sanguine que lorsque celle-ci est très basse.

Pour élucider cette question, Longworth a donné l'extrait surrénal par la bouche dans 6 cas en observant chaque jour la pression sanguine et le nombre des pulsations.

Dans deux cas il a noté la quantité des urines, leur densité, la quantité d'urée et des phos-

phates. Quatre de ces cas se trouvaient en bonne santé, le cinquième était un phtisique, le sixième un épileptique L'auteur s'est servi dans ses observations de l'adrénaline, d'extrait surrénal et de poudre de capsules surrénales sous formes de tablettes.

Dans les deux premiers cas l'élévation de la pression a été très marquée, mais l'effet a vite disparu avec la suspension du médicament. Dans le troisième l'action a été faible, mais a persisté plus longtemps. Le ralentissement du pouls a été très net dans le second cas; quant à l'urée et à l'acide phosphorique, leur quantité n'a pas été modifiée.

Les cas 4, 5 et 6 semblent montrer que l'adrénaline par la bouche est sans effet sur la pression sanguine, mais en réalité l'effet est très fugace, et il l'est beaucoup moins lorsqu'on se sert des autres préparations, probablement parce que l'absorption est plus lente et plus graduelle.

G. Olivier a obtenu de bons résultats sur la pression sanguine dans l'anémie et l'asthénie, dans la fièvre typhoïde et la pneumonie.

De l'avis de Longworth, si dans la maladie d'Addison le traitement surrénal n'a pas donné les résultats qu'on en attendait le plus souvent, cela tient à ce que ce traitement était commencé trop tard, lorsqu'il n'y avait plus rien à en attendre. Il en a été ainsi dans un cas où l'autopsie a montré la transformation complète des capsules surrénales en tissu fibreux.

Dans la maladie de Graves, le traitement surrénal a produit la guérison au moins dans un cas. Ce traitement est ici rationnel parce qu'il exerce une action tonique sur l'appareil circulatoire, ralentit le pouls et prévient la dilatation du cœur. On a trouvé une hypertrophie du thymus chez certains animaux décapsulés, ce qui a fait attribuer par quelques auteurs pour le thymus une action antagoniste de celle des capsules surrénales; la question ne semble pas résolue, mais quelle que soit la relation entre les deux organes, le traitement surrénal, d'après Longworth, mérite d'être essayé dans le goître exophtalmique.

L. Jumon.

Propriétés pharmacologiques de l'héroïne et de la codéine. (*Thérapeutique moderne. Russe*, n° 6, 1902). Ladyjensky a fait des recherches sur l'action pharmacologique de l'héroïne et de la codéine dans le but d'éclaircir entre autres autant que possible l'influence qu'exerce l'introduction, dans la formule de la morphine, des groupes acéthyle et méthyle sur le caractère pharmacologique de la morphine.

Voici ce que Ladyjensy a pu constater.

La codéine agit sur la grenouille, à une dose plus faible que l'héroïne ; tandis que celle-ci se rétablit après une dose de 0,04 centigr. d'héroïne, elle succombe à une dose de 0,002 milligr. de codéine. Au contraire pour les animaux à sang chaud c'est l'héroïne qui agit bien plus énergiquement que la codéine. Cette différence d'action est particulièrement manifeste lorsque l'héroïne et la codéine sont introduites dans l'estomac.

L'héroïne à doses infimes exerce sur l'animal une action hypnotique bien plus énergique que la codéine, à doses égales. A ce point de vue l'héroïne se rapproche de la morphine plus que la codéine.

La dose mortelle d'héroïne pour la grenouille et le lapin est plus élevée que celle de codéine.

L'action de l'héroïne sur le lapin est la même qu'elle soit introduite par voie stomacale ou voie sous-cutanée; la codéine au contraire agit sur le même animal d'une façon bien plus énergique par voie sous-cutanée que par voie stomacale.

L'héroïne pure et le chlorhydrate d'héroïne administrés aux chiens par voie stomacale agissent bien plus énergiquement que la codéine pure et le phosphate de codéine administrés par la même voie.

Comme agent tétanisant et convulsif, l'héroïne est plus énergique que la codéine.

L'excitabilité réflexe de la moelle est plus intense après l'héroïne qu'après la codéine.

L'héroïne diminue d'une façon bien plus énergique que la codéine la fréquence et l'ampleur respiratoire; l'héroïne exerce une action plus énergique que la codéine sur le centre respiratoire.

L'héroïne à petites doses abaisse considérablement la température chez les lapins, tandis que la codéine n'exerce pas cette action antithermique chez les mêmes animaux. Ceci s'explique par ce fait que les processus d'oxydation diminuent considérablement d'intensité à la suite de l'administration d'héroïne.

J. Roubleff.

Pyramidon (*Gazette médicale russe*, n° 28, 1902). — En se basant sur des expériences, faites sur des chiens, Sadkowsky arrive à la conclusion que le pyramidon, injecté dans le sang, exerce une action excitante sur l'encéphale, sur la portion motrice de l'écorce, sur les nerfs vasoconstricteurs (en contractant les vaisseaux centraux, le pyramidon diminue la production de la chaleur) et sur les nerfs accélérateurs du cœur : il en résulte une augmenta-

tion notable de la pression sanguine (le sang se précipite dans les vaisseaux périphériques) et du nombre des battements cardiaques.

Etant donné cette action si énergique sur la pression sanguine, le pyramidon est contre-indiqué dans les affections du cœur et des vaisseaux, des reins, dans la tuberculose pulmonaire avec tendance aux hémoptysies et aussi dans les cas où le pouls est fréquent et dur.

J. Roubleff.

Le sérum de Trunecek (*Thérapeutique moderne russe*, n° 5, 1902). — On sait qu'il y a un an environ Trunecek a proposé de traiter l'artériosclérose par des injections sous-cutanées d'un sérum spécial dont nous rappelons la composition.

Sulfate de soude.....	0 gr. 49
Chlorure de sodium...	4 gr. 92
Phosphate de soude...	0 gr. 15
Carbonate de soude...	0 gr. 21
Sulfate de potasse.....	0 gr. 40
Eau.....	100 grammes

Sabouriguine a expérimenté ce sérum chez un vieillard de 80 ans, atteint d'artériosclérose, qui se plaignait d'une forte oppression et de douleurs dans la région précordiale.

Au bout de 7 injections pratiquées en l'espace de 5 semaines, les douleurs, ainsi que l'oppression ont considérablement diminué; le malade a commencé à se sentir plus vaillant en même temps que la cyanose des lèvres a diminué, le nombre des respirations n'a diminué que très peu (de 7 respirations par minute). L'auteur n'a constaté aucune modification sensible ni du côté du cœur ni du côté des vaisseaux.

J. Roubleff.

L'Hédonal (*Gazette médicale russe* n° 18, 1902). — Baklanoff, se basant sur de nombreuses recherches expérimentales, formule les conclusions suivantes :

1° L'hédonal appartient incontestablement à la catégorie des soporifiques énergiques à la condition de ne pas être administré souvent.

2° L'hédonal exerce une action déprimante très prononcée sur le système central et le système périphérique aussi bien chez les animaux à sang froid que chez les animaux à sang chaud.

3° L'hédonal trouble peu les fonctions cardiaques et ne possède aucune action diurétique.

4° L'hédonal administré à des doses thérapeutiques ne trouble pas les fonctions respiratoires et abaisse notablement la température du corps.

J. Roubleff.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

MEDICAMENTS DU GROUPE ETHYLE

A. Bromure d'Ethyle

Ether bromhydrique, éther monobromé; C^2H^5Br

Prop. phys. et chim. Liquide incolore, d'une odeur agréable, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et l'éther. D = 1,473. Bout à 38°5. S'altère sous l'influence de la lumière et doit être conservé dans de petits flacons en verre coloré.

N'est pas facilement inflammable. Doit être employé rigoureusement pur.

Toxic. La syncope toxique est très grave.

Propr. et ind. thér. Anesthésique général et local. Comme anesthésique général est surtout recommandable pour les petites opérations de courte durée (avulsion de dents, ablation des végétations adénoïdes etc.) ou pour obtenir une anesthésie rapide qu'on continue ensuite avec le chloroforme.

A les avantages de la rapidité d'action, de l'absence d'agitation, de la facile production de l'analgésie, du réveil facile. Provoque une hypersecrétion glandulaire intense, des nausées. Les nerveux, les cardiaques, les brightiques ont à son égard la même susceptibilité qu'à l'égard du chloroforme.

Comme anesthésique local, il permet d'exécuter nombre de petites opérations et incisions d'abcès, destruction de végétations, enlèvement d'ongle incarné, injections hypodermiques chez les sujets pusillanimes etc.

Formes pharm. Posol. — Inhalations (10 à 15 gr. en moyenne); Pulvérisations (est le seul anesthésique local qui permet l'emploi du thermocautère).

B. Chlorure d'Éthye

Ether chlorhydrique C^2H^5Cl.

Propr. phys. et chim. — Liquide incolore,

d'une odeur agréable. Soluble dans 24 p. d'eau, en toutes proportions dans l'alcool. D=0,874 à +5°, (à l'état liquide). Bout à +12°,5.

Propr. et indic. thér. — Utilisé comme anesthésique local pour calmer les névralgies faciales, la pleurodynie, etc,, etc. surtout pour pratiquer certaines opérations de petite chirurgie (incision d'abcès, avulsion de dents etc).

Utilisé récemment comme anesthésique général (Malherbe), dans les mêmes circonstances que le bromure d'éthyle sur lequel il présente l'avantage de ne pas donner de contracture: mais sa vapeur est inflammable et ne permet pas l'emploi du thermocautère. Anesthésie de 3 ou 4 minutes de durée, avec 2 cc. de chlorure d'éthyle et réveil en 30 secondes ; n'est donc utilisable que pour les petites interventions de très courte durée, mais est employé concurremment avec le chloroforme : on anesthésie rapidement le malade avec le chlorure d'éthyle et on maintient l'anesthésie en administrant le chloroforme.

Ce procédé mixte de narcose a pour avantage de restreindre la quantité de chloroforme absorbé, de diminuer par suite les chances d'intoxication et enfin de faire gagner du temps, en réduisant la période parfois fort longue qui préside l'anesthésie chloroformique.

C. Iodure d'éthyle.

L'éther iodhydrique C^2H^5I.

Propr. phys. et chim., — Liquide incolore, d'odeur éthérée, non inflammable, très altérable à l'air. Insoluble dans l'eau, très soluble dans l'alcool et l'éther. Bout à 72°.

Propr. et indic. thér. — En inhalation contre l'asthme, la dyspnée des artério-scléreux.

Formes pharm. Posol. — X à XL. Gouttes (en ampoules scellées) pour inhalations.

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Les syndicats médicaux engagent-ils leurs membres? — Jusqu'à ce jour on avait pu croire, et l'on avait même soutenu que les engagements que peuvent prendre vis-à-vis les uns des autres les membres d'un syndicat médical, comme d'ailleurs, de toute autre association syndicale, — étaient, en cas de manquement de la part d'un adhérent, dépourvus de sanction pénale.

Or, il vient d'être tout récemment jugé que non seulement les engagements pris personnellement par les médecins syndiqués, mais encore les décisions arrêtées dans les réunions de syndicats constituent pour chaque membre des obligations soumises aux règles du droit commun, et que, par suite, ceux qui les violent sont passibles de dommages-intérêts, outre les sanctions morales prévues par les statuts.

Il y a quelques années, exactement le 2 juillet 1899, plusieurs médecins exerçant à Bourgoin (Isère), s'étaient réunis pour discuter l'attitude à prendre vis-à-vis des Compagnies d'assurances contre les accidents, afin de retirer de la loi du 9 avril 1893 qui venait d'entrer en vigueur, tous les avantages qu'ils espéraient pouvoir légitimement en obtenir.

Il fut décidé que les contrats existants seraient dénoncés et qu'il ne serait pas passé de contrat individuel nouveau ; en outre, un tarif fut arrêté.

Mais l'un des membres de l'association professionnelle ainsi formée, M. C.., n'a point, par la suite, respecté ses engagements et a continué ses anciens rapports avec les Compagnies d'assurances, en soignant les blessés à un tarif inférieur à celui du syndicat.

M. C... fut assigné par ses confrères en réparation du préjudice causé par lui au syndicat, en consentant à soigner les victimes d'accidents du travail au taux de 10 francs par blessé, au lieu de celui de 15 francs fixé par l'association dont il faisait partie, et cela pour les Compagnies et malgré ses engagements formels.

Un jugement du tribunal civil de Bourgoin, en date du 21 juin 1900, a accueilli la demande ainsi formée par les médecins syndiqués contre M. C..., qui fut déclaré avoir contrevenu aux engagements pris par lui et condamné à payer des dommages-intérêts.

Appel ayant été interjeté par M. C..., la Cour de Grenoble, dans son audience du 6 mai 1902, a confirmé le jugement du tribunal de Bourgoin, et a rendu un arrêt qui consacre les décisions suivantes.

« Sous l'empire de la loi du 21 mars 1884, les statuts des syndicats professionnels et les délibérations régulièrement prises, en tant qu'elles ont pour objet la défense des intérêts profession-

nels des membres qui le composent, obligent tous les membres au même titre que toute autre convention valable.

La loi de 1884 n'a dérogé, en cette matière, aux règles du droit commun qui régissent les contrats et obligations, qu'en permettant aux syndiqués de se dégager des liens du syndicat à tous moments, en donnant leur démission.

« Tant qu'il fait partie de l'association, le syndiqué qui ne s'est pas conformé aux statuts et délibérations du syndicat et qui lui a ainsi causé un préjudice, est passible de dommages-intérêts envers le dit syndicat, personnalité civile, par application soit des articles 1142 et suivants du Code civil, soit de l'article 1382, le cas échéant.

« Toutefois, les membres d'un syndicat professionnel (en l'espèce *syndicat médical*), qui informent par lettre l'administration de plusieurs hospices qu'ils ont résolu de cesser toutes relations avec un membre exclu, et de lui refuser leur concours, le cas échéant, adressent, en réalité, à la dite administration, une mise en demeure d'avoir à supprimer le tour de service du membre ainsi mis à l'index et de le congédier, sous peine de voir suspendu ou compromis le service médical des dits hospices.

« Une pareille démarche est abusive et constitue de la part de ses auteurs non la défense légitime d'un intérêt professionnel, mais un acte de vexation et de vengeance. »

(Dr P. Arsène Mesnard, in *Concours médical.*)

Le syndicat des médecins et la compagnie des tramways-sud. — Le syndicat des médecins de la Seine vient de se considérer comme lésé par une affiche apposée dans les diffiérents dépôts de la Compagnie des Tramways-Sud.

Cette affiche prévient les employés qu'en cas d'accident du travail ou de maladie, s'ils veulent que les médecins soient payés par elle, ils aient à s'adresser à ses médecins attitrés. La Compagnie ajoute qu'en cas d'accident, l'employé ne pourrait faire appel à son médecin habituel que pour une première visite, et que les visites suivantes seraient à ses frais à lui, si elles étaient faites par un autre médecin que celui de la Compagnie.

Le syndicat des médecins de la Seine voit dans cette circulaire, en ce qui concerne les accidents, une infraction à la loi sur les accidents du travail du 9 avril 1898, infraction qui atteint aussi bien les intérêts du syndicat que ceux des employés.

La loi du 9 avril 1898, article 4, dit :

Si la victime a fait choix elle-même de son médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu à payer les frais du médecin que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton.

Mais elle ne donne pas au chef d'entreprise le droit d'imposer son propre médecin. Elle est muette sur ce point.

L'affaire est venue samedi devant le tribunal des référés, qui a rendu une ordonnance aux termes de laquelle M. Katz, huissier, 9, rue de Rivoli, a été autorisé à constater que l'affiche en litige était bien apposée dans les dépôts de la compagnie.

Lundi, à dix heures, M. Katz et quatre de ses confrères se sont rendus en même temps, accompagnés chacun d'un commissaire de police, dans les cinq dépôts de la Compagnie des tramways-Sud et ont constaté la présence de l'affiche considérée par les médecins comme en désaccord avec la loi.

BIBLIOGRAPHIE

Dysenterie aiguë et chronique. — *Symptomatologie, Traitement, Prophylaxie,* par Galliot (A.), Médecin en chef de 1re classe de la Marine, ancien Professeur de Cliniqne médicale à l'École des Médecins stagiaires de la marine, Médecin en chef résident à l'hôpital maritime Saint-Mandrier de Toulon. — Petit in-8 (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire.* Broché 2 fr. 50. Cartonné 3 francs.

Dans le Tome II, M. Galliot s'occupe de la symptomatologie du traitement et de la prophylaxie de la dysenterie soit aiguë, soit chronique.

Ce second Volume offre davantage un cachet original et personnel. A chaque page, on com-

prend que l'auteur, observant de nombreux dysentériques depuis de longues années, n'a eu qu'à faire appel à des souvenirs pour rédiger la partie clinique et tracer les règles comme les indications du traitement.

La description des symptômes est alerte, et prise, on le sent, sur le vif ; çà et là, il existe des tableaux saisissants qui sont comme des photographies de la situation dans laquelle parfois se trouvent les malheureux atteints de dysenterie, qu'il s'agisse de l'état aigu ou de l'état chronique.

L'auteur indique avec détails, mais avec non moins de clarté, les signes qui permettent de reconnaître les différentes formes que revêt cette maladie suivant les régions ou le génie épidémique.

Il étudie avec le plus grand soin les associations possibles et énumère d'une façon complète toutes les complications qui peuvent survenir.

Les Chapitres Diagnostic, Pronostic, Marches et suites sont en rapport avec la description clinique.

M. Galliot s'est étendu nécessairement sur le traitement. On sent qu'il s'est trouvé non moins à son aise pour en parler que pour rédiger la symptomatologie. Après avoir traité la thérapeutique générale de la dysenterie et indiqué les médications successivement employées, il décrit la méthode de traitement en usage dans la Marine et montre tous les bénéfices que lui et ses collègues tirent journellement de l'usage de l'ipéca à la brésilienne.

Avant de passer au traitement de la dysenterie chronique, M. Galliot consacre quelques lignes aux merveilleux résultats qu'il a obtenus de l'emploi d'un sérum antidysentérique en expérimentation dans son service. Si les faits qu'il signale se confirment, on peut prévoir qu'ils sont appelés à un grand retentissement. L'humanité sera encore une fois redevable à la science bactériologique d'une nouvelle sauvegarde.

La médication contre la dysenterie chronique est tirée de la pratique des médecins de la Marine et des Colonies et repose tout entière sur le régime approprié et l'emploi des lavements de nitrate d'argent.

Quiconque aura à s'occuper de l'expansion coloniale lira avec fruit tout ce qui concerne le traitement d'une affection relativement rare en dehors du milieu maritime, mais la principale ennemie aux colonies et contre laquelle les médecins de la Marine ont eu à lutter très souvent avec bonheur.

La guérison de la morphinomanie sans souffrance, par le Dr Oscar Jennings. Traduit de l'anglais par M. Albert Ball. — Paris 1902, Maloine éditeur.

Pour qui sait les difficultés que rencontre ordinairement le praticien dans la cure de la morphinomanie et des malaises qui en découlent, cet ouvrage sera un guide des plus précieux.

Se basant avant tout sur une expérience approfondie, sur des observations multiples qu'il relate, du reste, en substance, l'auteur n'a pas négligé les notions physiologiques qui pouvaient lui être utiles : en sorte qu'il nous donne un traitement rationnel dont il a contrôlé et apprécié les résultats.

Il condamne, bien entendu, la méthode dite rapide, sauf pour certains cas exceptionnels. Il n'exige de ses malades ni contrainte ni séquestration. C'est par une rééducation de la volonté qu'il procède dans la cure « sans souffrance » de la « manie » dont il s'agit : « C'est la meilleure garantie, dit-il, contre les rechutes. La séquestration laisse chez ces malades une sorte de suggestion latente, et il leur semble impossible de résister seuls aux besoins de retour qui, de l'aveu même de ceux qui prônent cette méthode se produisent sûrement. »

Quant aux traitements médicamenteux, il s'adresse aux malaises que crée l'état de besoin, et l'expérience de l'auteur lui a montré que celui-ci est augmenté par la défaillance du cœur, l'hyperacidité stomacale et générale, et l'irritabilité nerveuse ou faiblesse irritable ; de là, des médications appropriées.

Enfin, en ce qui concerne la réduction de la morphine, elle doit être suffisamment lente pour assurer, avec les autres moyens employés, la suppression de toute souffrance. Une des pratiques importantes à ce dernier point de vue est, suivant l'auteur, la substitution d'injections rectales à doses progressivement croissantes, aux injections hypodermiques décroissantes.

Nlle Imprimerie. E. Lasnier directeur, 35 37 rue St-Lazare. Paris *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

La IIe Conférence internationale de Prophylaxie sanitaire (Bruxelles, 1902). — La seconde Conférence internationale de Prophylaxie morale et sanitaire s'est ouverte la semaine dernière au palais des Académies, à Bruxelles, sous la présidence de M. Lejeune, et avec l'assistance de M. le baron van der Bruggen, ministre de l'Agriculture et de l'Hygiène, qui a souhaité, au nom du gouvernement, la bienvenue aux nombreux délégués étrangers, résumant les progrès accomplis depuis la première Conférence, qui eut lieu à Bruxelles également en 1899, et qui fut aussi présidée par M. Lejeune. C'est, en effet, une vérité incontestable que ce Congrès, aujourd'hui appelé le *Congrès des Avariés* et le *Congrès des Avariables*, porte sur un sujet si délicat que toute solution semble impossible. Dès maintenant, cependant, on constate que le seul fait d'avoir donné l'éveil a eu pour résultat d'appeler l'attention des gouvernements sur un mal social qui réclame un remède, et d'y intéresser le monde scientifique. Le nombre des adhérents à cette seconde réunion en est la preuve.

Comme la Conférence précédente, le Congrès actuel n'émettra pas de résolutions. Le caractère délicat et essentiellement scientifique de ses délibérations lui impose cette réserve; et, comme il y a trois ans, il a été convenu, après discussion, qu'aucune décision ne serait prise si elle ne réunissait, non seulement la majorité, mais l'unanimité des membres de l'assemblée. Or, l'unanimité est impossible dans une réunion divisée en deux camps nettement opposés : le camp des *réglementaristes* et celui des *partisans de la liberté*.

Sous le titre de *Prophylaxie publique*, le premier objet à l'ordre du jour comprenait les mesures à prendre sous forme de dispositions légales, principalement en ce qui touche à la *débauche des mineurs*. M. Pierson (Hollande) a constaté les progrès accomplis prr les pouvoirs publics dans l'intérêt de la moralité et de la tranquillité publiques au point de vue sanitaire. Abolitionniste plus que le Pr Neisser (Breslau), il estime que le plus efficace moyen de combattre la diffusion des affections consécutives à la débauche consiste dans la vulgarisation la plus large possible des notions relatives aux dangers et à l'importance de ces maladies. Il faut surtout enseigner à la jeunesee masculine que non seulement la chasteté et la continence ne sont pas nuisibles, mais encore que ces vertus sont des plus recommandables au point de vue médical.

Dans le même sens, M. le Pr Boeck (Norvège) recommande les mesures légales prises dans son pays pour enrayer la débauche des mineurs et notamment leur mise en tutelle. Il croit que l'éducation est la meilleure des méthodes préventives.

M. Yves Guyot est venu defendre la thèse de la liberté, et une déclaration de Mme Avril de Sainte-Croix applaudit à l'œuvre du Congrès au nom de 30.000 femmes françaises.

La discussion n'a pas abouti à autre chose qu'à cette constatation faite par M. Beco, secrétaire général du ministère de l'Agriculture, que l'unanimité des rapporteurs comme des orateurs reconnait l'insuffisance des systèmes actuels, quels qu'ils soient. On doit faire autre chose ; mais quoi ? Abolitionnistes et réglementaristes n'apportent guère dans la discussion des arguments nouveaux. Plusieurs médecins français y ont pris part : M. le Dr Good, puis M. le Dr Le Pileur (Paris), qui a demandé l'établissement de maisons d'éducation obligatoires pour les mineures moralement abandonnées. M. le Dr Verchère a exposé les résultats de son expérience à Saint-Lazare. Il a décrit la mentalité des filles perdues et insisté sur la nécessité de les obliger à se soigner, puisqu'elles ne se soumettront jamais volontairement au traitement. L'orateur a riposté à M. Yves Guyot par un hommage à son maître Fournier et par la déclaration que la liberté cesse là où commence le danger pour les autres.

M. Gastou (France) a demandé des mesures de protection pour la mère et pour l'enfant et des poursuites contre les proxénètes. Une dame de Berlin a insisté sur l'éducation de la jeunesse. M. le Dr Merk (Autriche), appuyé par M. Rethan-Macaré (Pays-Bas), voudrait que chaque médecin constatant une maladie contagieuse doive en faire un rapport au bureau d'hygiène; et M Rethan-Macaré va plus loin, en préconisant pour le médecin l'obligation de dénoncer aux autorités l'avarié qui serait sur le point, en se mariant, de causer de véritables catastrophes. Une loi armerait les autorités, qui auraient le droit de s'opposer au mariage.

Dans la troisième journée, on a longuement discuté sans aboutir à des résultats bien pratiques. De peur qu'on s'égare, M. le Dr Dubois-Havenith, secrétaire général du Congrès, a précisé le programme actuel de la Conférence.

Les mesures à prendre contre les avariés jouant un rôle contaminateur sont discutées par certains médecins allemands qui voudraient la dénonciation des malades, et par d'autres, qui défendent le secret médical absolu. Un Américain, M. le Dr Havard, après avoir exposé ce qui se fait dans son pays, conclut éclectiquement au développement de la prophylaxie morale, et, en cas d'insuffisance démontrée, à la réglementation. C'est le terme moyen qui l'emporte. Cependant quelques rapports sont encore exposés par M. le Pr Démétriade (de Bucarest) ; MM. Balzer Paris) ; Gailleton, professeur à l'Université de Lyon ; Santoliquida, directeur des services, (d'hygiène (Italie).

La Conférence a abordé ensuite le second objet de son ordre du jour : *la protection des mineurs et l'organisation légale des secours.* Sur le premier objet, une proposition originale de M. Good (France) : l'État soutiendrait une société d'assurances sur la vie, qui refuserait les avariés. Le seul fait d'être assuré a cette société serait donc une garantie qu'on pourrait exiger des jeunes mariés. Un candidat au mariage refusé par la Société d'assurances serait suspect de maladie secrète.

La question du traitement n'aboutit guère mieux au point de vue pratique. Plusieurs abolitionnistes réclament la création, dans toutes les villes importantes, d'une sorte d'abbaye de Thélème pour les avariés. Plus de coercition ; les malades seraient traités gratuitement — on insiste très fort sur cette gratuité — dans des maisons *ad hoc*, aménagées confortablement et même agréablement, où les avariés seraient reçus comme des malades et non comme des parias, ainsi que cela se passe dans la généralité des hôpitaux. On se berce ainsi de l'espoir que les personnes atteintes, n'ayant rien à payer, et certaines d'être bien traitées, se décideraient plus facilement à se soumettre spontanément au traitement ainsi compris. Pour beaucoup, c'est une illusion ; et la question demeure insoluble.

La séance s'est terminée par des dissertations fort intéressantes sur la *contagion par l'allaitement*, par *la vaccination*, dans *les fabriques*, etc., etc. M. le Pr Landouzy (Paris) a insisté sur la nécessité d'introduire sous ce rapport la responsabilité civile et pénale ; M. le Dr Pierson a attesté le devoir de la mère d'allaiter elle-même son enfant.

Une autre séance a été consacrée aux notes sur la *réglementation*. Il y a d'abord le vœu du Pr Landouzy, d'accord avec les Drs Gaucher et Queyrat, qui demande l'abandon de la réglementation, démontrée inefficace, et le retour au droit commun, égal pour l'homme et pour la femme, en matière de prophylaxie des maladies... avariantes. Il y a ensuite la motion de M. le Dr Le Pileur, qui veut bien d'une modification, mais non d'une suppression de la réglementation, et qui oppose le vœu suivant à celui de M. Landouzy : 1° la réglementation de la prostitution doit être conservée, mais profondément modifiée, surtout en ce qui concerne les mineures ; 2° les pouvoirs publics sont invités à publier une loi sanitaire, visant à la fois la prostitution et toutes les questions de responsabilité et de transmission des maladies vénériennes. » MM. les Drs Barthélemy et Verchère (de Saint-Lazare) ; Chauvel, délégué du ministère de la Guerre ; Polin, médecin principal de l'armée, adhèrent à cette dernière proposition.

Enfin, M. Béco, secrétaire général du ministère de l'Agriculture, dépose un vœu tendant à la distinction de l'action policière et de l'action sanitaire. L'intervention de la Police nuit à l'action de l'autorité sanitaire, au lieu de la servir. Il faut les distinguer en droit comme en fait et rendre la première indépendante de la seconde, de telle sorte que la prophylaxie de toute maladie transmissible offre un caractère exclusivement hygiénique et médical.

Là-dessus nouvelle discussion sur le fond et sur la forme des votes à émettre. Y prennent part MM. le Pr Neisser, le Dr Auffret, inspecteur général du Sevice de Santé de la marine française, le Dr Santoliquida, les Prs Landouzy et Gailleton, enfin, le Dr Blachsko, qui, avec M. le Pr Neisser, parvient à faire admettre les votes par écrit.

Il est convenu que les adhérents pourront nominalement faire inscrire au procès-verbal leur vote personnel sur les divers vœux déposés.

(*Gazette médicale de Paris*)

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale
la Faculté de médecine de Par
Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de la Pitié.

BERGER
Professeur de médecine opératoire
à la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de l'hôpital Beaujon.

PONCET
Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Lyon
Correspondant
de l'Académie de Médecine.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois

Chaque livraison de la *Revue de Médecine* contient de 5 à 6 feuilles grand in-8 ; chaque livraison de la *Revue de Chirurgie* contient de 8 à 9 feuilles grand in-8.

PRIX D'ABONNEMENT :

Pour la Revue de Médecine		Pour la Revue de Chirurgie	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	30 fr.
— Départements et étranger	23 fr.	— Départements et étranger	33 fr.
La livraison, 2 francs.		La livraison, 3 francs.	

Les deux *Revues* réunies, un an, Paris, 45 francs. — Départements et Étranger, 50 francs

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

par le Dr Ramon Corvalan Melgarého

de la Faculté de Médecine de Santiago du Chili (1).

La thérapeutique de la syphilis n'a pas éprouvé d'innovations transcendentales. Le mercure et l'iode restent encore les armes de combat les plus puissantes et les plus efficaces.

Seuls, les immenses progrès réalisés par la chimie moderne nous ont fourni quelques combinaisons nouvelles de ces mêmes métalloïdes destinées à perfectionner les procédés connus à ce jour.

Les récentes découvertes sérothérapiques ont inspiré à beaucoup d'investigateurs l'heureuse idée de trouver le remède spécifique contre la syphilis.

Et les doctrines de Pasteur et de ses disciples Roux et Yersin ont servi de base pour chercher l'antidote, tant désiré de cette grave infirmité dont souffre l'humanité.

Les animaux sont réfractaires aux inoculations du virus syphilitique.

De ce fait est née l'idée de faire des injections de sérum d'animaux syphilisés.

Voici quelles sont les variétés de la sérothérapie syphilitique.

Emploi d'un sérum animal, préparé par des injections antérieures de sang syphilitique, sérum de chiens, de vaches et de moutons (Richet, Héricourt, Feulard, Tommasoli).

Emploi d'un sérum animal préparé par injection antérieure de sérum humain de syphilis primitive ou secondaire en pleine évolution.

On extrait le sérum des animaux (chiens et ânes) préparé de cette manière au bout de 5 à 50 jours (Richet et Héricourt) ; et aussi par l'injection de produits syphilitiques divers : chancres, plaques muqueuses, etc. (Gilbert et Louis Fournier).

(1) Lu au Premier Congrès Médical Latin Américain.

Le célèbre syphilographe Celso Pellizari a essayé de résoudre le problème à l'aide d'un autre moyen ; il injecta à des syphilitiques récents, du sérum extrait de syphilitiques sans accidents actuels et ayant présenté des manifestations secondaires qui avaient été traitées avec succès par un traitement spécifique. Toutes ces expériences sérothérapiques datent de 1890 à 1895.

Les résultats de ces intéressantes investigations ont été peu encourageants.

Et par malheur, le jour paraît encore éloigné de l'heureuse découverte de ce sérum sauveur; en attendant, on ignore le bacille de la syphilis, et on ne saurait en obtenir des cultures et des inoculations positives.

Le professeur Tarsnowsky de Saint-Pétersbourg après l'échec des sérums antérieurs pensa que la mercurialisation de quelques animauux pourrait communiquer à leur sérum une action plus favorable sur la syphilis humaine.

Il entreprit une série d'essais, par des injections de mercure sur des poulains et des chevaux, et le résultat de ses recherches fut l'objet d'une communication très consciencieuse au Congrès International de Médecine interne de Moscou en 1897.

Le professur Tarsnowsky est arrivé aux conclusions définitives suivantes :

1° Les injections de sérum de poulains mercurialisés n'ont aucune action thérapeutique sur la syphilis dans aucune de ses périodes.

2° La fièvre se déclare accompagnée de purpura, de douleurs articulaires et musculaires, de l'apparition d'albuminurie, d'adénite et de perte de poids.

3° Elles causent chez les syphilitiques un appauvrissement du sang, une diminution des globules rouges et blancs et en même temps une diminution de l'hémoglobine et du poids spécifique.

4° Suivant ses observations à ce jour, les injections de sérum pur de poulain et de cheval, mercurialisés et syphilisés sont nuisibles à l'organisme des malades.

Parmi nous il a été fait quelques essais de sérothérapie pour la syphilis.

Don Luis Montero a publié, il y a peu de temps, un Mémoire, afin d'obtenir le titre de licencié en médecine ; il traite des injections de sérum sur des sujets syphilitiques ou atteints de syphilis récente. Les conclusions auxquelles il est arrivé dans cette thèse ne sont pas définitives.

La communication du Dr Moore fait prévoir que le sujet reviendra en discussion.

Le sérum que préconise le Dr Moore a déjà été employé en 1895 par le professeur Pellizari.

Les résultats obtenus par les syphilographes d'Europe qui se sont occupés de la sérothérapie de la syphilis sont en complète contradiction avec les opinions du Dr Moore.

Nous avons donc besoin d'étudier avec soin cette intéressante matière qui ouvrira des horizons nouveaux aux investigations futures.

Je doute que dans le sérum des syphilitiques on puisse trouver le vaccin dont résulterait l'immunité et la guérison de la syphilis.

Si actuellement, nous ne pouvons rien démontrer d'absolument nouveau qui ait ébranlé ou transformé la base fondamentale sur laquelle repose le traitement classique de la syphilis par le mercure et l'iode; en échange, c'est une satisfaction que ces procédés offrent plus de simplicité et d'exactitude spécialement au point de vue de la méthode des injections hypodermiques qui sont entrées définitivement dans la pratique courante.

Au Congrès International de Médecine interne qui a eu lieu à Moscou en 1897 tous les syphilographes les plus distingués sont tombés d'accord sur ce que les anciennes fric-

tions mercurielles, et l'ingestion hydrargyrique offraient plus d'inconvénients que d'avantages.

Je citerai les opinions autorisées de Wolff (de Strasbourg), de Jullien (de Paris), de Soffanteni (de Milan), de Gaucher (de Paris), de Watrazewsky (de Varsovie), de Rosenthal (de Berlin, de Hallopeau (de Paris), de Tarsnowsky (de Saint-Pétersbourg) etc., qui ont déclaré à l'unanimité que les injections constituent une méthode sûre, efficace, inoffensive dans le traitement de la syphilis.

Il n'y a eu de divergence d'opinion que sur le choix du sel mercuriel à injecter, soluble ou non soluble.

Cette question divise encore la plupart des cliniciens et a suscité des controverses très animées.

La méthode des injections solubles, par exemple, a des défenseurs passionnés.

Il y en a, qui la considèrent comme seule précise et rationnelle dans son application thérapeutique et on a exagéré à un tel point que le Pr Gaucher de Paris assure que les injections insolubles sont une hérésie pharmacologique.

Dans le camp opposé se trouve Watrazewsky et d'autres, qui emploient les injections solubles dans des cas exceptionnels et Barthélemy qui croit que des injections insolubles on peut attendre des effets merveilleux et de vraies surprises thérapeutiques.

Mon opinion personnelle est qu'il n'y a pas de raisons pour s'enrôler dans l'un ou l'autre camp.

Sous les deux formes, soluble et insoluble, j'ai obtenu des effets surprenants suivant les circonstances et les indications spéciales.

En médecine, plus qu'en toute autre science, il est nécessaire d'être éclectique. Pas de préférences systématiques ni de formules inflexibles et absolues.

Notre devoir est de chercher, sans parti-pris, la voie la plus sûre pour nous conduire à la guérison du malade.

Quant à moi, en thèse générale, je tiens à déclarer ma prédilection décidée en faveur de la méthode des injections hypodermiques dans le traitement de la syphilis.

Ma conviction se trouve corroborée par une assez longue expérience et par les résultats thérapeutiques les plus heureux, les plus brillants et les plus uniformes à la suite des injections que j'ai pratiquées pendant une durée de douze ans.

Je considère que les injections hypodermiques doivent être la méthode systématique et habituelle du traitement de la syphilis, à quelque période que ce soit et que seulement par exception on devra recourir aux frictions et à l'ingestion stomacale.

Tous les syphilographes modernes les plus renommés sont d'accord pour reconnaître la supériorité de la méthode hypodermique sur les anciens procédés d'ingestion du mercure dans le traitement de la syphilis.

Après de longues controverses qui paraissaient être interminables, il en est résulté un fait décisif. C'est qu'aujourd'hui on ne se demande plus s'il convient ou non d'injecter le mercure, mais à quels sels solubles ou insolubles on doit accorder la préférence.

Je ne crois pas nécessaire de mentionner, quelle est la forme de l'hypodermie hydrargyrique qui compte le plus grand nombre d'adeptes parmi les cliniciens. Il suffit de déclarer que les deux ont des défenseurs nombreux et autorisés.

Quant à moi je puis dire que je me sers de sels solubles et insolubles, suivant les cas, avec des avantages signalés.

Je dois aux deux méthodes des succès thérapeutiques, que je pourrais qualifier, sans exagération, d'extrordinaires.

Malgré cela, j'avoue que d'habitude, je donne la préférence aux injections de sels insolubles.

C'est le cas ici, d'exposer brièvement quelles sont les raisons cliniques qui conseillent en certains cas, de préférer les injections de sels solubles de mercure.

Dans la syphilis maligne galopante, avec symptômes viscéraux graves, où il faut opérer rapidement et énergiquement, les injections solubles sont indiquées.

Il me suffira de rappeler que le professeur Wolff, de Strasbourg et d'autres expérimentateurs, à l'aide d'études comparatives sur des malades soumis au traitement par les injections de sels solubles, ont démontré que l'élimination du mercure par les urines se faisait quelques minutes après.

Ceci ne se produit pas avec les autres modes de traitement ; ainsi, avec les frictions mercurielles il faut quelques jours et quelquefois de une à deux semaines pour découvrir le mercure dans les urines.

Les injections de sels solubles offrent le grand avantage de pouvoir graduer avec précision la dose journalière du médicament.

Chez les malades atteints de néphrite aiguë ou chronique, avec perméabilité rénale insuffisante, les injections de sels solubles permettront au médecin d'essayer la dose ou de suspendre rapidement l'action du médicament afin d'empêcher l'accumulation dangereuse de doses massives.

Chez les malades affaiblis, cachectiques, ou d'âge avancé, il serait imprudent de les soumettre au traitement par des doses élevées d'injections de sels insolubles.

En dehors de ces indications spéciales, nous ne pouvons ne pas reconnaître qu'elles offrent le grave inconvénient de la répétition journalière des piqûres, et dans une maladie aussi chronique que la syphilis qui nécessite un traitement excessivement long, ce procédé constitue une tyrannie insupportable.

La plus grande partie de ces malades sont des personnes occupées par la vie active des affaires, qui les empêchent de se présenter au cabinet du médecin pour y recevoir l'injection quotidienne. Pour ma part, j'ai trouvé une résistance invincible à se soumettre à un traitement, cause de tant d'ennuis ; c'est donc une méthode qui pêche par une base fondamentale ; être peu pratique. Et confier au malade l'application des injections ou à des personnes manquant de pratique professionnelle offre des dangers qu'il est inutile de signaler.

De là est venue l'idée des injections des sels insolubles de mercure, qui offrent l'indiscutable avantage d'emmagasiner sous la peau du malade, une dose hebdomadaire ou bi-hebdomadaire, sujette à l'action continuelle et chimiquement uniforme du plasma sanguin et fournissant peu à peu à l'absorption les doses nécessaires au traitement.

Je passerais les limites que je me suis tracé dans cette communication, si j'essayais de relater les controverses passionnées provoquées par l'heureuse innovation du célèbre clinicien de Pavie, et si je suivais les nombreuses vicissitudes par lesquelles elle a passé jusqu'à son adoption définitive, dans la pratique journalière et rationnelle du traitement moderne de la syphilis.

Les reproches justifiés autrefois qui ont fait prendre en horreur la méthode de Scarenzio, n'ont plus raison d'être aujourd'hui.

Les abcès et phlegmons, les infiltrations durables des tissus, les douleurs atroces qui obligeaient les malades à garder le lit, les stomatites intenses, les intoxications graves et les embolies, etc.., tout a été supprimé grâce au perfectionnement de la technique opératoire.

Et aujourd'hui, l'hypodermie hydrargique sous ses deux formes soluble et insoluble, aux mains de médecins consciencieux, se trouve réduite à une simple et inoffensive piqûre.

On exige aujourd'hui l'asepsie et la désinfection du matériel, le choix convenable du sel mercuriel pour injections, quelques aiguilles longues permettant de faire des injections intra-musculaires dans la région tolérante de la fesse, des intervalles entre chaque piqûre, suffisamment espacées, des doses discrètement élevées ou diminuées selon la gravité du mal et la susceptibilité personnelle du malade, et enfin, des soins méticuleux de la bouche ; tels sont en résumé les conditions indispensables, qui constituent la garantie absolue du succès.

Les injections des sels insolubles de mercure du temps de Scarenzio, se faisaient superficiellement dans le tissu cellulaire sous-cutané, si facilement irritable et douloureux, et indifféremment sur quelque partie que ce soit du corps.

Ce fut Smirnoff, de Helsingfords, en 1883, qui introduisit de notables changements dans la technique opératoire et signala, pour la première fois, la région la plus convenable pour y pratiquer les injections, la dépression rétro-trochantérienne.

Les abcès qui, avant Smirnoff, en étaient la conséquence inévitable, devinrent ensuite une rareté.

Aujourd'hui la majorité des praticiens n'utilisent pas strictement cette région.

Pour ma part, après de nombreux essais et épreuves je me suis assuré que l'endroit le plus tolérant est la partie supérieure et externe de la fesse.

Mais il faut arriver jusqu'au Pr Lang de Vienne, qui, en 1896 et 1897, ont l'honneur et le grand mérite d'avoir établi les bases inébranlables de la méthode des injections des sels insolubles de mercure.

Avec la garantie d'une asepsie irréprochable dans les moindres détails de la technique opératoire, le professeur Lang fut l'introducteur des injections intra-musculaires d'huile grise par lesquelles il obtint les plus brillants résultats thérapeutiques, ainsi que la suppression locale de la douleur et l'inflammation ultérieure.

Avant Lang, on ne s'était pas préoccupé de l'importance capitale qu'il y a de faire les injections avec n'importe quel sel mercuriel, soluble ou insoluble dans la masse même des muscles.

Sans cette condition indispensable de réussite, il se produira une douleur assez intense, inflammations et nodules consécutifs; ces derniers, quelquefois, durent des mois et des mois.

C'est aussi un facteur très important qui contribue à d'heureux résultats, que de savoir choisir le sel mercuriel le moins irritant pour les tissus avec lesquels il doit rester en contact.

Ces observations dérivées de la Clinique ont reçu leur confirmation par des expériences faites sur des animaux, par des autopsies, et par d'autres raisons aussi dans le cours du traitement.

Le Dr Balzer de l'hôpital de Lourcine, à Paris qui a beaucoup contribué à vulgariser en France la méthode des injections insolubles de mercure, a démontré par ses expériences cliniques et de laboratoire, que le tissu musculaire absorbe mieux le mercure que le tissu cellulaire et a vérifié aussi que l'oxyde jaune et le calomel produisent la nécrose des tissus à l'endroit de l'injection. Hartung, de la clinique du Pr Neisser de Breslau est arrivé au même résultat, par des injections pratiquées à des tuberculeux de la dernière période. Ainsi il a pu examiner des foyers d'injections faites 7, 8, 10, 12, et 15 jours avant le décès.

Mieux encore : il y a peu de temps que le Dr Barthélemy s'est servi d'applications radiographiques pour des investigations dans le même sens et a vérifié que dans les injections de sels insolubles de mercure, déposés dans les muscles, leur absorption graduelle se trouvait terminée après huit jours.

Et quels sont les sels de mercure remplissant toutes les conditions voulues d'être parfaitement tolérés par les tissus, et qui, déposés sous la peau du malade pour leur absorption facile et lente, ne font pas courir le danger d'accumulation des doses?

Parmi les préparations solubles, je recommanderai, le benzoate, le biiodure et le cyanure de mercure, spécialement ce dernier avec lequel, j'ai obtenu des résultats imprévus jusqu'à des doses de 3 à 4 centigrammes espacées chaque 5 jours.

Dernièrement seulement j'ai lu un mémoire français consacré à l'étude des injections intramusculaires de sublimé à doses massives.

Et parmi les injections de sels solubles je place en première ligne le salicylate, la série de combinaisons avec le thymol, le sulfoacétonitro et le *salithymolate d'hydrargyre* et l'huile grise.

Je me suis beaucoup servi des sels de thymol depuis 1894. Je les considère comme d'excellentes préparations tant pour leurs effets locaux que thérapeutiques et je peux assurer que parmi les sels mercuriels essayés par moi, ce sont ceux qui produisent le moins de stomatites; ils s'absorbent admirablement sans laisser d'infiltrations durables.

Quant à l'huile grise que j'ai essayée pour la première fois parmi nous, en 1898, je m'en sers avec moins de fréquence que dans mes premières années professionnelles; non que j'aie perdu confiance dans ses vertus thérapeutiques, mais parce que la préparation en est assez ennuyeuse et qu'elle produit habituellement des stomatites intenses chez les malades dont la dentition se trouve être dans de mauvaises conditions.

Cependant je conserve l'huile grise comme une arme de réserve dans les cas exceptionnels où j'ai échoué avec les autres sels mercuriels.

Des investigations précises ont prouvé que l'efficacité des injections de sel insoluble de mercure est beaucoup plus constante et durable que celle des autres méthodes connues. Il y a une *hydrargyrie prolongée* comme a dit Welander de Stockolm.

Trois mois après la dernière injection, on a encore reconnu le mercure dans les urines.

Au contraire, les injections de sels solubles s'éliminent rapidement et par cela même, ne peuvent saturer l'organisme, et arriver jusqu'au virus syphilitique dans la profondeur des tissus. Elles ne se prêtent pas alors au traitement prolongé essentiellement chronique de l'affection. Nous devons les réserver comme un procédé d'exception et d'usage transitoire.

Le Dr Winternitz, s'est servi d'un procédé très exact pour decouvrir des quantités minimes de mercure dans les urines et a fait des épreuves méthodiques en administrant le mercure par les voies ordinaires ; il a reconnu que par suite des injections insolubles *il passait plus de mercure*, qu'après les frictions à l'onguent gris.

Et Linden a prouvé la réaction hydrargyrique de l'urine, deux heures ou deux heures et demie après une injection insoluble, tandis que dans le cours des frictions la présence du mercure ne fut positive qu'après une ou deux semaines.

La méthode des onctions mercurielles est aujourd'hui presque délaissée en Europe.

A l'avant-dernier Congrès International de Médecine à Moscou, on a amplement discuté le traitement de la syphilis. Presque tous les syphilographes les plus célèbres ont pris part aux débats, et tous ont repoussé l'ancienne et antique méthode des frictions mercurielles.

En outre, les malades eux-mêmes éprouvent pour elle une répugnance invincible et se refusent à l'admettre.

Et à mon avis, avec grande raison; le procédé est sale, ennuyeux, irrite la peau; on a besoin d'une grande patience et d'une pratique spéciale pour l'administrer correctement.

Il est en outre peu secret, d'action lente et généralement infidèle.

Je connais des malades qui se sont frictionnés avec une constance enviable pendant très longtemps sans avoir réussi à modifier les symptômes de leur syphilis, alors qu'il a suffi de trois à quatre injections pour les faire disparaître rapidement.

La méthode des injections intra-veineuses de mercure a beaucoup de points d'analogie avec celle des sels solubles et on peut lui appliquer les mêmes reproches.

Cette méthode a été préconisée en 1894 par le Pr Baccelli, de Rome, et il s'est servi dans ce but du sublimé corrosif : postérieurement, le Dr Abadie l'a essayée en France et s'est servi du cyanure d'hydargire.

Par la méthode des injections intraveineuses, le mercure s'élimine plus rapidement encore. La technique nécessite de plus grandes precautions et soins que les injections hypodermiques. En outre, elle n'abrège pas le traitement: la série des injections est assez longue et n'offre pas une plus grande énergie ni plus de persistance dans ses effets curatifs.

Faudra-t-il que je m'arrête ici à rappeler la méthode par injection stomacale condamnée par presque tous les spécialistes européens et qui trouve encore des adeptes parmi nos médecins?

La plupart des malades atteints de syphilis souffrent de catarrhe intestinal et les fameuses pilules de sublimé et de proto-iodure ne feront qu'aggraver de plus en plus cet état.

Et que de fois ces préparations traversent-elles intactes le long trajet intestinal sans avoir livré à l'absorption intestinale la plus minime dose de mercure.

Notre devoir est de conserver intactes les fonctions gastro-intestinales du malade si nécessaires à la reconstitution de son organisme affaibli par l'anémie spécifique.

Je vais consacrer quelques mots à la thérapeutique de la syphilis par l'iode.

Le mercure a été considéré comme l'agent le plus efficace et le plus puissant de la période virulente de la syphilis et l'iode comme l'unique remède de la syphilis tertiaire ou de ses manifestations toxémiques.

Cette formule absolue ne mérite plus l'approbation des syphilographes d'aujourd'hui.

La division dogmatique de la syphilis en primaire, secondaire et tertiaire est arbitraire.

Le mercure et l'iode peuvent être utilisés à toutes les périodes de la syphilis, suivant les indications spéciales.

Ainsi tous les praticiens reconnaissent un effet curatif extraordinaire à l'iode dans les affections syphilitiques récentes avec fièvre et douleurs, telles que les névralgies, les périostites précoces ou tardives, dans la céphalalgie frontale, qui se déclare dans la période éruptive, dans les irritis ou choroïdites et dans la syphilis cérébrale ou médullaire.

L'iode doit s'employer pour seconder le traitement mercuriel par cures alternatives à n'importe quel moment des périodes de la syphilis, soit pour favoriser l'élimination du mercure, soit comme moyen préventif contre les terribles manifestations du tertiarisme.

L'iodothérapie de la syphilis s'est enrichie dernièrement de deux combinaisons chimiques : l'iodalbacide et l'iodipine.

L'iodalbacide a été découvert par le docteur allemand Blum et essayé par le docteur Zuelzer, aide de la clinique médicale à l'Université de Zurich.

C'est un iodure d'albumine semblable à celui qui se produit dans l'organisme soumis à un traitement ioduré. Il forme une poudre jaune presque sans odeur, ni saveur, et qui contient 10 0/0 d'iode en combinaison intra-moléculaire.

Le docteur Zuelzer a établi expérimentalement l'action comparative de l'iodure de potassium et de l'iodalbacide. Il a démontré que l'iodure de potassium se sépare très facilement de l'iode sous l'influence de matières oxydantes. Au contraire, l'iodalbacide exige des oxydants plus énergiques pour produire le même effet.

L'expérience a démontré aussi qu'après l'injection de doses égales d'iode, d'iodure de potassium et d'iodure d'albumine, dans le premier cas l'élimination de l'iode est terminée au bout de trois à quatre jours, tandis que dans le second cas l'action persiste encore même après cinq jours.

Zuelzer a fait une troisième observation basée sur la nature chimique des deux combinaisons.

L'iodure de potassium passe à travers les reins avec la même facilité que le chlorure de sodium et peut par conséquent sortir de l'économie tel qu'il a été absorbé, c'est-à-dire sans entrer en activité. L'iodalbacide, au contraire, grâce au noyau d'albumine qu'il contient ne traverse pas les reins.

Cette propriété doit influer sur la séparation plus lente de l'iode, qui ainsi exerce durant très longtemps son action sur l'organisme.

L'iodalbacide reste dans l'économie sous une combinaison inoffensive pour ce dernier, jusqu'à ce qu'il soit transformé. Zuelzer explique cette innocuité en disant que l'iodalbacide représente une combinaison iodée absolument identique à celle produite dans l'organisme animal par l'iodure de potassium assimilé.

D'autre part, l'auteur a essayé le médicament chez un grand nombre de syphilitiques chez lesquels l'emploi de l'iodure de potassium avait provoqué des accidents graves d'iodisme ; par contre l'iodure d'albumine a été très bien toléré à doses plus élevées, et en d'autres cas où aucun sel iodé n'a pu être supporté, à cause des dérangements gastriques, l'iodalbacide a donné les résultats les plus favorables.

Les doses d'iodalbacide sont de 2 à 5 grammes par jour en capsules amylacées ou tabloïdes.

Les propriétés thérapeutiques de l'iodalbacide se résument ainsi : effet lent mais prolongé, utilisation complète de la dose ingérée, sans action secondaire nuisible et enfin, possibilité d'en continuer l'usage très longtemps.

L'iodipine est une combinaison organique de l'iode associé à l'huile de sésame, en proportion de 10 à 25 0/0 d'halogène.

A l'aide de cette combinaison l'iode forme avec l'huile un liquide iodé qui est absorbé et ensuite éliminé en partie. La plus grande partie de l'iode est éliminée sous forme d'iodure alcalin, tandis que la moindre partie de cette graisse iodée se dépose dans les muscles, le foie, la moelle des os et le tissu conjonctif sous-cutané.

La propriété importante de cette combinaison est de permettre à l'iode d'être retenu longtemps dans l'organisme, en se combinant avec les albumines.

C'est au Dr Winternitz que le mérite revient de l'introduction de l'iodipine, et au Dr Klinmüller de l'avoir expérimentée en injections sous-cutanées dans la clinique du Pr Neisser de Breslau.

Il est résulté de tous ces essais thérapeutiques que l'iodipine en injections est complètement inoffensive, même à hautes doses. On a injecté progressivement jusqu'à 20 centimètres cubes de la combinaison à 25 0/0.

Dix grammes de cette formule constituent la dose courante.

Klinmüller n'a observé aucun trouble, ce qui s'explique par la lente absorption dans les tissus.

L'élimination de l'iode ainsi introduit s'opère par les reins et par les glandes salivaires ; par les premiers il a été démontré que l'élimination de l'iode dure plusieurs semaines, un mois environ, après la dernière injection, mais elle ne commence qu'à partir du cinquième jour.

Les injections se font sous la peau dans la région des fesses ou sur le dos. Elles sont absolument indolores et ne produisent pas de réaction inflammatoire. J'ai personnellement pu établir ce fait.

L'iodipine possède la même action énergique et efficace que l'iode sur les manifestations de la syphilis tertiaire, et ne provoque jamais d'iodisme malgré d'énormes doses; fait qui m'a extraordinairement surpris.

L'organisme reste plus longtemps sous l'action bienfaisante de l'iode qu'avec les autres préparations usitées et les injections sous-cutanées offrent l'avantage de permettre à tout l'iode d'être utilisé d'une manière régulière et lente, sans les troubles intestinaux si désagréables à certains malades.

En résumé, l'iodipine possède des qualités physiologiques et thérapeutiques très analogues à l'iodalbacide ; mais avec cette précieuse supériorité, de pouvoir être injectée sous la peau du malade sans le moindre inconvénient.

L'iodipine est venue combler un vide immense dans l'iodothérapie de la syphilis.

Que de fois nous nous trouvons presque désarmés en présence de malades qui ont une idiosyncrasie spéciale contre les iodures, vu que leurs fonctions digestives se refusent à les accepter sous quelle forme que ce soit!

Hier encore, nous n'avions d'autres remèdes à portée que l'absorption par le rectum, aussi mauvaise et antiphysiologique que les frictions mercurielles.

Mon expérience personnelle de l'iodalbacide et de l'iodipine n'est pas encore assez concluante, n'ayant pu m'en servir dans un grand nombre de cas, à cause de la rareté de ces médicaments dans le commerce. Malgré cela, je peux avancer une opinion favorable, spécialement sur l'iodipine, que je considère comme une des plus importantes acquisitions de la thérapeutihue de notre temps et qui rendra de grands services aux malades.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 8 octobre 1902

Présidence de M. Sevestre

M. Weber, à propos des *localisations des points d'injection des sels hydrargyriques*, estime qu'on a trop systématisé, et qu'on ne tient pas assez compte des diverses anomalies anatomiques, des modifications que l'âge, l'obésité, etc., peuvent introduire dans les points de repère. Enfin, il faut s'enquérir des habitudes des malades, voir exactement quels sont les points de leur corps où se produit une pression quand ils sont couchés ou assis, de façon à ne pas injecter en ces points. Il faut éviter toutes les parties saillantes.

M. Danlos reprend la discussion sur les *injections mercurielles*. Il voit avec plaisir que M. Jullien n'émet aucun doute sur la supériorité des injections de calomel, mais se sépare de l'orateur sur quelques points.

M. Jullien va peut-être un peu loin quand il accorde au calomel le pouvoir de faire avorter la syphilis *ab ovo*. En outre, l'orateur a reconnu que dans la période secondaire, les syphilis exanthématiques rebelles, de forme papulo-acnéique, cèdent moins malaisément à l'action des frictions qu'à celle du calomel.

Pour les injections solubles, l'orateur persiste à les considérer comme une méthode d'exception. Les quelques jours qu'elles font gagner dans la durée d'un traitement ne compensent pas les hasards auxquels elles exposent. On pourra à la rigueur les employer dans les hôpitaux, les stations thermales, etc., quand il s'agit d'occuper ou de suggestionner les malades.

L'orateur a étudié surtout les injections de cyanure, qui ne coagulent pas l'albumine et existent à l'état de pureté parfaite dans les officines. Mais ces injections mêmes ont de nombreux inconvénients.

Pour le cacodylate de mercure, les ampoules du commerce sont loin d'être toujours identiques.

Le lactate de mercure a présenté au début des variations de composition assez grandes : il paraîtrait qu'il n'en est plus de même aujourd'hui.

L'huile biiodurée serait actuellement, grâce aux efforts de M. Lafay, devenue de même une préparation sur laquelle on peut compter, mais bien des points restent obscurs au sujet de son

emploi, M. Lafay se contredisant dans ses communications successives, et M. Fournier a eu, dans un cas, à déplorer des accidents graves.

En résumé, avec les injections solubles, on peut compter, pour le malade, sur de grosses dépenses, une perte de temps considérable, le danger d'accidents graves à la moindre faute d'antisepsie, sans que la durée du traitement soit abrégée considérablement et sans que la cure donne une sécurité plus grande que les méthodes ordinaires.

M. Lafay, à propos d'un accident grave observé par M. Brocq à la suite d'une injection de biiodure, rappelle que ce dernier auteur ne met pas au passif de ce sel les troubles constatés. Il estime que la piqûre a lésé une branche importante cutanée du nerf petit sciatique, et provoqué des troubles tropho-névrotiques consécutifs.

M. Lafay a préparé des milliers de solutions aqueuses contenant par centimètre cube, de 0 gr. 02 à 0 gr. 05 de biiodure, sans que leur emploi ait provoqué le moindre accident.

M. Renault apporte le résultat de son expérience personnelle. Dès 1868, étant interne de Liégeois, il a fait des injections de sublimé (méthode de Lewin). Liégeois était enthousiaste de la méthode, à ce point qu'il supprima au début, tout traitement local des plaques muqueuses. Mais l'orateur n'a pas eu l'impression que les malades ainsi traités aient guéri plus vite que ceux d'un service voisin traités par les anciennes méthodes. Quant aux plaques muqueuses rebelles, elles ne cédèrent jamais qu'à des cautérisations au nitrate.

Plus tard, dans le service de Desprès, il vit que les syphilides, uniquement traitées par des cautérisations énergiques, guérissaient fort bien.

Actuellement, l'orateur ne se sert de la méthode hypodermique que pour des cas rebelles aux méthodes classiques. Les résultats sont contradictoires: le calomel s'est montré à plusieurs reprises impuissant pour blanchir des syphilides papulo-squameuses rebelles, des chancres phagédéniques graves, etc.

Dans d'autres cas, le calomel au contraire s'est montré un médicament vraiment héroïque. Comment expliquer ces différences d'action, en présence de lésions souvent identiques en apparence?

En résumé, la méthode des injections, solubles ou insolubles, a jusqu'ici provoqué trop souvent des phénomènes douloureux, de l'importance fonctionnelle (calomel surtout) pouvant durer 5 à 6 jours, l'apparition de nodosités (calomel et autres préparations insolubles). Enfin les injections insolubles peuvent provoquer des accidents d'intoxication (salivation extraordinaire, embolies capillaires, etc.).

Pour arriver à une conclusion ferme dans le débat, il faudrait qu'un observateur patient expérimentât simultanément et comparativement les trois grands procédés (ingestion, frictions, injections), sur un nombre respectable de malades.

M. Legendre lit une communication intitulée *l'injection de caféine comme auxiliaire de la saignée* Dans certains cas d'œdème aigu du poumon, de stase pulmonaire d'origine cardiaque, d'urémie, d'éclampsie, etc., la saignée peut sauver un malade en danger de mort. Or, il peut arriver que cette saignée ne donne que très peu de sang: cette lenteur d'écoulement tient d'ordinaire à l'insuffisance des contractions cardiaques.

Dans un cas de ce genre, l'orateur procéda, après l'insuccès de la saignée, à une injection de caféine ; cinq minutes après, la plaie du bras donnait un jet de sang énergique.

Depuis ce jour, l'orateur n'hésite pas à injecter 0,20 à 0,25 gr. de caféine dans ces circonstances ainsi que dans les cas où il y a lieu de craindre qu'une saignée risquerait de ne pas donner assez de sang pour soulager le malade. L'injection est alors faite 5 minutes avant la phlébotomie.

M. Gallois lit une note concernant l'*emploi de l'eau oxygénée comme épilatoire*. Le procédé est simple, inoffensif et indolore. On imbibe du coton avec de l'eau oxygénée et on l'applique sur la région à épiler: on laisse en place quelques minutes. On renouvelle cette application tous les jours jusqu'à ce que le résultat soit obtenu. Les poils pâlissent et deviennent un duvet incolore, imperceptible: si on persiste à faire les applications, les poils redeviennent follets, se cassent et disparaissent.

Le procédé ne cause aucun accident : il faut, il est vrai, recommencer sans cesse les applications d'eau oxygénée, qui finissent par faire partie de la toilette quotidienne. Le seul inconvénient du procédé est de brûler le linge.

M. Leredde émet quelques doutes au sujet de l'innocuité de ce mode de dépilation : l'eau oxygénée peut finir par irriter le derme : les 5 cas observés par M. Gallois sont insuffisants pour entraîner la conviction.

M. Gallois répond qu'une de ses malades emploie le procédé depuis un an et n'a jamais observé aucun accident local ou général. La repousse des poils n'a en tous cas pas été activée.

M. Danlos n'est pas étonné de cette dernière constatation : on sait que les femmes qui se décolorent avec l'eau oxygénée se plaignent de perdre leurs cheveux sous l'influence de ce topique.

L'action décolorante, si nette quand il s'agit du système pileux, l'est moins quand on se trouve en présence de pigmentations normales du tégument cutané (masque de la grossesse, éphélides).

M. Bardet a essayé, lui aussi, l'action de l'eau oxygénée sur les éphélides, et cela sans résultat. Cet insuccès s'explique par le fait que l'éphélide est recouverte d'une mince couche épidermique, qui met le pigment à l'abri de l'action de l'eau oxygénée. En enlevant cette lamelle protectrice avec un scarificateur bien éffilé, on mettra le pigment à nu et on fera agir le topique, qui dans ces conditions donnera le résultat espéré. Mais ce procédé ne saurait être élevé à la hauteur d'une méthode applicable à tous les cas.

M. Chaumier de Tours communique une *observation de migraine traitée par l'arrhénal*. Il s'agit de l'auteur lui-même, atteint de migraine dès l'âge de 3 ou 4 ans : traitée par le paullinia, puis par l'antypirine, par les cautérisations du pharynx et du nez, (en prévision de l'existance d'un réflexe d'origine nasale), la migraine ne disparut pas, et se compliqua plus tard de troubles névritiques, arthritiques, etc. Après une diminution de fréquence des accès pendant quelques années, l'auteur nota une recrudescence à partir de 1901, avec troubles neurasthéniques surajoutés, causés par du surmenage.

Vers la fin de mars 1902, l'auteur a commencé un traitement par l'arrhénal (0,025 gr. par jour pendant 8 jours, puis 5 jours de repos, puis 0,05 dans les même conditions et retour à la dose primitive qui est continuée encore aujourd'hui). Les migraines jusque-là quotidiennes ne se montraient, à partir de fin mars, que tous les 4 jours, ensuite tous les 16 jours environ. En outre, la fatigue, la neurasthénie ont disparu.

M. Bardet fait remarquer, à l'occasion de cette observation, que tout fait admettre chez le Dr Chaumier un état d'hypersthénie fonctionnelle, avec une exagération des processus dénutritifs : or, ces états sont combattus d'une façon remarquable par l'arrhénal.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux.

La prophylaxie de la tuberculose, par le Pr PROUST (*Médecine moderne*, 10 septembre 1902). — Comme pour toutes les maladies infectieuses, l'encombrement et l'insalubrité des habitations sont des causes favorables à la propagation de la tuberculose. M. le Pr Proust fait nettement ressortir ce fait par les exemples, bien qu'il y ait encore des cas qu'on ne s'explique guère, probablement parce qu'on les a insuffisamment étudiés. L'absence d'eau potable favorise le développement de la tuberculose.

A Paris les arrondissements les plus touchés sont ceux qui comptent le plus de maisons dépourvues de conduites d'alimentation. Les logements insalubres dans lesquels l'encombrement s'ajoute à toutes les fautes contre l'hygiène contribuent dans une large mesure à l'extension de la maladie. Le remède à cette situation consiste dans l'amélioration des logements ouvriers et la création des habitations hygiéniques à bon marché.

Une autre série de causes sur lesquelles on ne peut pas grand'chose, ce sont les maladies aiguës. La rougeole, la variole, le croup, la coqueluche, les influences morales déprimantes sont des causes prédisposantes.

Le traumatisme de son côté agit comme un foyer d'appel des bacilles qui sont à l'état latent et qui ne demandent qu'une occasion pour accomplir leur œuvre. Pour les professions, il faut tenir compte non seulement de celles-ci mais de la santé des individus qui les choisissent. Les professions qui sont par elles-mêmes des causes de la tuberculose sont celles dans lesquelles les individus respirent beaucoup de poussières; il en est ainsi des mouleurs en cuivre, des tailleurs de pierre meulière, des aiguiseurs, des cloutiers. La profession d'infirmier des hôpitaux expose à la contagion. Comme profession prédisposante, Krieger cite celles ou l'individu reste tout le temps assis et n'a pas de travail musculaire. De là un affaiblissement du cœur et du système musculaire ayant pour résultat une diminution de la résistance de l'organisme.

Certaines conditions sont défavorables au développement de la tuberculose. On n'admet plus aujourd'hui une incompatibilité entre la tuberculose d'une part et l'emphysème, les cardiopathies, la fièvre typhoïde, l'impaludisme et l'intoxication saturnine de l'autre.

La tuberculose est moins fréquente dans les endroits secs où la nappe d'eau souterraine est très profonde, probablement par suite de la persistance du bacille dans un sol humide.

L'altitude est une cause défavorable à la production de la tuberculose, c'est sur cette constatation que repose le traitement dans les sanatoriums de montagne. Mais il faut faire intervenir ici la vie au grand air, l'absence d'encombrement, d'usines, de population ouvrière, tous facteurs qui agissent dans le même sens, de sorte qu'on peut se demander si l'altitude est un facteur nécessaire. On peut répondre pour certains tuberculeux, oui, pour d'autres, non.

L. JUMON.

Traitement de l'Hay fever, par M. WILKINSON JERVEY, *New-York, med. J.* 9 avril 1902. — Pour que le traitement de l'Hay fever soit efficace, il faut, d'après l'auteur, tenir compte des trois conditions essentielles qui président au développement de la maladie. Ces trois conditions sont : 1° Une susceptibilité nerveuse particulière ; 2° quelque anomalie, une hyperesthésie ou une malformation parfois très légère des organes du nez ; 3° la présence dans l'atmosphère de quelque substance particulièrement irritante pour l'individu. Pour faire disparaître les symptômes, il suffit souvent de supprimer une de ces conditions. Il n'est pas toujours facile de combattre l'excitabilité nerveuse particulière ni de supprimer les agents qui déter-

minent ou entretiennent la maladie, aussi l'auteur pense que neuf fois sur dix on peut pratiquement arriver à un résultat thérapeutique en remédiant à l'état pathologique du nez.

S'il existe simplement une irritabilité de la muqueuse nasale, l'auteur, après avoir fait une pulvérisation nasale complète avec une solution antiseptique alcaline alternant avec un spray, avec une solution à 10 0/0 de cocaïne, applique une solution aqueuse d'extrait surrénal. Ce traitement suffit pour faire disparaître les accès s'il n'y a aucune anomalie de structure dans le nez. En outre, on peut prescrire l'extrait surrénal à l'intérieur, le phosphate, le fer, la quinine et la strychnine. Mais s'il existe des polypes, des malformations nasales, il faut absolument y remédier et le traitement chirurgical est alors le seul traitement efficace.

L. Jumon.

Les succès de la sérothérapie antidiphtérique. *Therap. Monatshefte*, octobre 1902). — Le Pr Kassowitz, adversaire déterminé de cette méthode, se basant sur un nombre considérable de statistiques urbaines, persiste à admettre que ces courbes ont évolué comme si la sérothérapie n'existait pas. En outre, il fait remarquer que le bacille de Lœffler ne se retrouve pas dans tous les cas de diphtérie grave avec propagation au larynx (15, 7 0/0 de mortalité pour les cas de ce genre dans la statistique globale allemande) : dans les cas d'infections mixtes (steptocoques et bacille de Lœffler), l'affection présente une marche moins dangereuse, contrairement à l'opinion de Bazinsky qui attribuait au streptocoque les accidents pyémiques et gangréneux résistant à la sérothérapie antidiphtérique. Le bacille de Lœffler se retrouve, en outre, chez nombre d'enfants ne présentant que des angines folliculaires, des coryzas, du noma, etc. Ces cas ont été expliqués par une immunité mystérieuse, mais on constate chez des convalescents de rougeole et de scarlatine la présence du bacille spécifique virulent sans que la diptérie se développe, et cependant ces deux affections se compliquent fort souvent de diphtérie. Comment expliquer des cas de ce genre, ainsi que ceux où des diphtéries graves se développent avec des bacilles de Lœffler à virulence minime.

Actuellement, on n'admet plus comme absolument sûre l'action antithermique et modificatrice du processus diphtérique, qu'on avait au début attribuée à l'injection de sérum : on recommande aujourd'hui de faire des injections fréquentes, preuve que leur efficacité n'est plus aussi manifeste qu'au début.

Les paralysies, les accidents cardiaques et néphritiques, consécutifs à la diphtérie, ont-ils diminué de fréquence? Rien n'est moins prouvé aujourd'hui.

Reste l'affirmation que les cas traités dès le premier ou le second jour échappent tous à la mort : les statistiques actuelles démontrent le contraire. A la Charité de Berlin, par ex., on a eu des décès chez des sujets ayant pris la diphtérie à l'hôpital et traités par le sérum dès les premières manifestations de la maladie.

L'action immunisante semble plus problématique que jamais, malgré l'augmentation des doses reconnues nécessaires pour obtenir cette immunité.

En résumé, Kassowitz maintient que le sérum est absolument inefficace, quand il s'agit de combattre la diphtérie chez l'homme.

E. Vogt.

Le sérum antidiphtérique dans le traitement de l'érysipèle (*Wratch pratique*, n° 22, 1902). — Iscwetaiff a employé le sérum antidiphtérique chez deux malades, l'un âgé de 50 ans, l'autre de 31 ans.

Chez le premier malade il a fait deux injections, chacune de mille entités de sérum (préparé à l'Université de Tomsk). Même nombre d'injections chez le second. Les deux cas se sont terminés par la guérison complète.

Dr Roubleff.

Un cas de scarlatine grave traité par le sérum sanguin normal (*Therap. Monatshefte*, septembre 1902). — Engel donne une observation de scarlatine très grave chez un enfant de 6 ans, auquel il injecta environ 8 cc. de sérum sanguin frais extrait du sang d'une ventouse scarifiée appliquée à un autre malade atteint de pleurodynie. En quelques heures, la situation fut entièrement transformée : guérison après quelques complications.

L'auteur estime que dans des cas d'infection grave, les alexines diminuent dans l'organisme et qu'il y a lieu de lui en fournir pour lui permettre de lutter efficacement contre l'infection.

E. Vogt.

Tétanos et vaccination, par J. Macfarland (*The Lancet*, 10 septembre, 1902). — Des épidémies de variole aux Etats-Unis ont été l'occasion de nombreuses vaccinations dont quelques-unes ont été suivies de tétanos. Mac Farland, de Philadelphie, a cherché à déterminer si le tétanos est une complication nécessaire ou évitable de la vaccination. On a expliqué le tétanos de diverses façons. Pour beaucoup, il s'agit d'une infection accidentelle et secondaire, on

admet alors que celle-ci dépend d'une diffusion locale des germes pathogènes. Les conditions géographiques peuvent exercer une influence marquée sur le développement du tétanos que l'on sait dominer particulièrement dans certaines régions. Le manque de soins dans le traitement de l'éruption vaccinale facilite alors l'infection tétanique accidentellement secondaire.

Dans cette enquête, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : Le tétanos est d'abord une complication rare de la vaccination. En 1901 le nombre des cas observés a été relativement faible si on le compare au nombre de cas observés antérieurement. Le tétanos en tant que complication de la vaccine ne relève d'aucune condition atmosphérique ou tellurique. Il est observé surtout à la suite de l'emploi de vaccin de provenance particulière. Le vaccin contient alors en petite quantité des microbes du tétanos provenant du fumier et du foin. Par suite d'une négligence ou d'un accident les microorganismes peuvent se rencontrer en grand nombre, ce qui donne alors lieu à de véritables épidémies de tétanos. La seule manière d'éviter la complication est d'apporter le plus grand soin à la préparation du vaccin.

L. Jumon.

Le traitement arrhénique des fièvres palustres en Algérie, par Cochez (*Presse Médicale*, n° 69, p. 822, 1902). — D'après M. Gautier, le traitement arrhénique n'aurait pas seulement d'influence sur l'anémie palustre; il serait encore capable, tout comme le traitement quinique, de conjurer l'accès. Les essais pratiqués par M. Cochez ne paraissent pas confirmer cette assertion. Dans les cinq observations relatées par lui l'arrhénal administré en injections hypodermiques à doses variant de 0 gr. 05 à 0 gr. 20 ne modifia en rien les accès, tandis que la quinine, invariablement administrée de la même façon : 1 gr. 50 de bichlorhydrate de quinine en injection, au début d'un accès, a toutours enrayé les accès suivants pendant un iemps assez prolongé.

G. Lyon.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux.

Fractures du tarse postérieur par M. E. Destot (de Lyon). — Nous trouvons dans la *Revue de Chirurgie* (10 août 1902) un travail sur les fractures du pied postérieur, où sont longuement exposées les fractures associées des divers os qui sont le plus souvent interessés dans les chutes. Nons sommes habitués, depuis Tillaux et les classiques, à considérer et à traiter les fractures malléolaires par arrachement, comme des lèsions isolées, alors qu'elles font souvent partie de fractures composées qui intéressent plusieurs des os constituant le *tarse postérieur*, à savoir : les *deux malléoles*, comprises au-dessous du trait horizontal tangent au dos de l'astragale, l'*astragale*, le *calcanéum* et accessoirement les *extrémités articulaires du scaphoïde et du cuboïde*. L'intérêt pratique de cette étude apparaît surtout dans l'établissement d'un pronostic exact, notamment en ce qui concerne les accidents du travail. Le penchant des anatomo-pathologistes pour les classifications rigoureuses se trouve ici quelque peu contrarié. En effet, vous aurez beau chercher à reproduire ces diverses variétés de fractures sur des pièces fraîches ou sèches, fixées de différentes manières, il faut penser avec l'auteur que l'on n'arrivera pas à réaliser sûrement les conditions dans lesquelles se trouve le pilon tibio-péronier, lorsqu'il transmet le poids du corps à la surface fuyante de l'astragale, soutenu par le calcaneum, ces os formant bloc, surtout si l'on y ajoute l'action musculaire qui s'exerce de diverses manières. L'astragale et le calcaneum sont le plus exposés aux traumatismes, mais les lésions associées sont en réalité ce que l'on observe le plus souvent.

La *radiographie*, à qui nous devons ces notions nouvelles, enseigne qu'il y a, à côté des fractures malléolaires classiques par adduction et par abduction, des *fractures à trois fragments*, le troisième fragment, antérieur ou postérieur, étant taillé aux dépens de la levre antérieure ou postérieure du tibia. La physionomie de la fracture malléolaire se trouve changée. Il existe un *type postérieur*, dans lequel la malléole interne est arrachée, le péroné fracturé en coup de hache et très oblique en arrière. On voit en outre un fragment du tibia, lèvre postérieure, qui est retroussé en haut, et en arrière. Ce qui frappe le plus, c'est l'ascension de l'astragale en arrière, avec tout le talon, sur le plan incliné que crée la fracture de la lèvre postérieure du tibia. Le pied parait donc allongé en arrière. Dans le *type antérieur* il se produit une déformation inverse, la poulie astragalienne se luxant avec tout le pied en avant, sur le plan incliné de la fracture, qui a détaché un fragment de la lèvre antérieure. On voit enfin exceptionnellement (Durand) un éclatement du tibia en trois fragments : antérieur, moyen, postérieur.

Les fractures à trois fragments sont souvent associées à des *fractures de l'astragale*. Le plus souvent, le bord antérieur du tibia vient s'écra-

ser sur le col. Il en résulte la formation d'esquilles, qui s'ossifient en formant une masse compacte au-devant de l'articulation tibio-tarsienne. On voit tout ce que cette disposition, facile à reconnaître sur les clichés radiographiques, a d'importance pour le pronostic.

Les *fractures de l'astragale*, qui se produisent toutes dans la flexion forcée du pied, présentent presque toujours une association scaphoïdienne, surtout quand il s'agit de la tête ; car les deux os ont télescopé. Pour les fractures du col, on observe des directions de trait de fracture, qui, suivant qu'ils passent en avant, au milieu ou en arrière du ligament calcanéo-astragalien, détachent ou non la *tête*, qui vient se luxer sur le dos du pied, ou le *corps*, qui lui ballotte, soit en avant, soit en arrière (signe de Rognettac.

Quant aux *fractures du calcaneum*, elles constituent deux grandes variétés : *par arrachement*, assez rare, avec un trait horizontal qui divise l'os en soufflet, *par écrasement*, lésion plus fréquente et dont les effets sont très variés Tantôt, c'est la *petite apophyse* qui se brise ; on observe alors un certain enfoncement de l'astragale. La fracture de la *grande apophyse* est caractérisée par la disparition de l'arc externe du pied, l'astragale s'enfonçant en coin entre les deux fragments. Ces délabrements peuvent aller jusqu'a l'écrasement total du calcaneum, le véritable sac d'esquilles « dans lequel plonge l'astragale comme une pierre dans du mortier ; aucune systématisation n'est possible. »

Si l'os, au lieu d'être écrasé à sa partie moyenne est atteint dans sa portion *antérieure*, l'astragale vient se luxer dans la voûte du pied et peut causer dans l'articulation médio-tarsienne les plus sérieux dégâts. Dans le type *postérieur*, les tubérosités paraissent avoir été simplement pénétrées par le corps de l'os. Le pied est aplati, mais la médio-tarsienne est respectée. Enfin, le *cuboïde* est souvent subluxé ou fracturé ; cette lésion paraît être accessoire.

Laissant de côté les essais de pathogénie qui ont une large place dans ce travail, arrêtons-nous aux signes cliniques et surtout au diagnostic différentiel, qui présente le plus d'intérêt au point de vue thérapeutique et médico-légal.

Supposons l'accident récent ; les sujets ont été précipités ou sont tombés d'une certaine hauteur. Il ne faut pas attendre d'eux d'autres éclaircissements. S'il s'est produit une fracture du tarse à type postérieur, une de ces *fractures à trois fragments* signalées plus haut, associée à la fracture de Dupuytren, on observe bien le coup de hache et la luxation du pied en arrière, mais il y a en outre une énorme saillie du tibia en avant. La réduction, par une pression d'arrière en avant sur le talon, est facile à obtenir, mais *elle se reproduit immédiatement*, dès qu'elle n'est plus maintenue. La présence d'un troisième fragment n'aggrave donc pas le pronostic ; mais elle comporte une réduction particulièrement sévère et surveillée. En dehors du contrôle radiographique, il faut donc se conduire comme si cette complication existait.

Si la lésion est déjà ancienne on reconnaît la déformation à la subluxation totale du pied, à l'*élargissement anormal* des malléoles, à l'encoche profonde et pathognomonique que forme en avant le tibia surplombant le dos du pied; on ne peut arriver à réduire que par une intervention active, qui comportera l'*ostéotomie double*, ou une résection orthopédique. Ces interventions ne seront donc que la conséquence de soins immédiats défectueux.

Les fractures du type antérieur sont très difficiles à diagnostiquer au début. On s'aperçoit seulement au sortir de l'appareil plâtré, que le talon est raccourci, les malléoles rapprochées de lui et le pied dans son ensemble subluxé en avant. On constate, ce qui est plus grave, que les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont gênés et qu'ils se limitent de plus en plus à mesure que le cal vient faire obstacle aux mouvements de la poulie de l'astragale. Dans ces cas, on peut avoir à reséquer le bec que vient former le tibia en avant, en y joignant ou non l'ostéotomie des os de la jambe. L'auteur a vu d'excellents résultats suivre cette intervention qui rend au pied ses mouvements de flexion.

En dehors de l'emploi des rayons X, qui donnent la certitude, un bon signe de probabilité consiste dans l'extrême facilité avec laquelle se reproduisent les luxations du pied soit en avant soit en arrière. Peut-être l'auteur aurait-il pu ajouter : la facilité très grande avec laquelle elles se réduisent. Dans beaucoup de cas de fractures malléolaires du type antérieur associées à celle de l'astragale, au bout de peu de temps l'ankylose tibio-tarsienne survient avec les menaces d'impotence fonctionnelle.

L'infirmité est parfois supportable : mais la question de la résection plus ou moins complète de l'astragale se pose en thérapeutique actuelle, pour aboutir bien plus tôt à un résultat bien meilleur, puisqu'il épargne aux malades des années de souffrance.

En ce qui touche les fractures du calcanéum, celles par pénétration sont moins graves que les fractures parcellaires. Les signes cliniques consistent dans l'écrasement du talon, le rapprochement du sol des malléoles. On n'a d'autres ressources que de faire porter aux blessés des chaussures orthopédiques à semelles rigides pour soutenir le pied.

En thèse générale, c'est sur l'examen des profils du pied que se base un diagnostic précoce. « L'examen des malléoles, de la cambrure et de la voûte du pied constituent les points cardinaux de l'examen du tarse postérieur. En cas de difficulté insurmontable, la radiographie reste la méthode la plus sûre. »

A. Benoit.

Ténotomie du tendon d'Achille dans les fractures compliquées des extrémités inférieures par Thellwall Thomas, (*The Lancet*, 6 sept. 1902). — La ténotomie peut être indiquée dans les fractures d'une façon générale, d'après l'auteur, lorsqu'il y a impossibilité de maintenir la réduction. La plupart des fractures de l'extrémité inférieure sont suspceptibles d'une bonne réduction, mais certaines variétés peuvent être difficiles à traiter, telles sont les fractures de l'extrémité inférieure du fémur, les fractures obliques du tibia et les fractures du calcaneum. La consolidation en mauvaise position est ici assez fréquente. Pendant longtemps il existe de la claudication, mais la marche finit par devenir normale, malgré la déformation existante. Pour diminuer la longueur de cette convalescence, il faut pourvoir dès le début à la position et au maintien corrects des fragments. La principale cause de la déformation doit être cherchée dans l'action des gastrocnémiens. Si la fracture du tibia est très oblique, la déformation s'accroît encore par la traction ; la flexion légère peut avoir un bon résultat. Si par la position on ne peut arriver à relâcher les gastrocnémiens il faut alors sectionner le tendon d'Achille. Toutes les difficultés inhérentes à une fracture oblique disparaissent sitôt après la ténotomie. et les fragments prennent une direction normale et s'adaptent. La ténotomie peut être facilement faite sous l'action de l'eucaïne, mais souvent il est nécessaire de recourir à d'autres anesthésiques. L'auteur a pratiqué 12 fois la ténotomie du tendon d'Achille pour les fractures obliques dont les fragments ne peuvent être bien coaptés que si la contraction musculaire cesse d'agir. La réunion du tendon est obtenue bien avant que le malade se lève et il n'est pas nécessaire de maintenir les fractures obliques au lit plus longtemps que les fractures transverses.

L. Jumon.

Traitement de la tuberculose locale (*Medic. Obosr.*, n° 10, 1902). — Zerenial, en se basant sur plusieurs centaines d'observations personnelles, formule ainsi les préceptes du traitement de la tuberculose locale.

1° Il ne faut jamais laisser longtemps à l'hôpital les malades atteint de tuberculose locale.

2° Pratiquer sans retard l'opération nécessaire dès que les indications à l'intervention sont nettement établies.

3° Enlever pendant l'opération toute la partie malade aussi soigneusement que possible. Dans les cas où l'on est obligé de se borner au curettage, ne pas suturer les plaies, mais tamponner à la gaze iodoformée.

4° Surveiller attentivement l'alimentation des malades ; laisser ceux-ci le plus longtemps possible à l'air et au soleil.

5° Suivre les malades à leur sortie de l'hôpital, les aider matériellement et moralement, matériellement, en leur donnant des secours, moralement, en leur fournissant des brochures de vulgarisation où la conduite à suivre leur serait indiquée.

J. Roubleff.

Faut-il curer l'aisselle dans le cancer du sein? (*Arch. méd. de Toulouse*, 1er août 1902). — Nous trouvons sous la signature de M. Cestan (de Toulouse), une étude critique de l'opinion que professent certains médecins, avec M. Ozenne, au sujet de l'inopportunité de l'ablation complète des ganglions hypertrophiés dans le cancer du sein, sous prétexte que leur engorgement peut-être d'origine inflammatoire et non cancéreuse et qu'ils s'opposent à la diffusion de l'agent néoplasique. Par des considérations anatomiques et cliniques, M. Cestan établit que le cancer n'est pas arrêté longtemps par la barrière lymphatique. Les ganglions succombent vite dans leur lutte phagocytaire contre les cellules cancéreuses que leur apportent sans cesse les lymphatiques mammaires et deviennent bien vite un foyer d'embolies néoplasiques. En fait, si l'on consulte les statistiques, c'est dans les amputations partielles sans curage, que l'on a le *maximum* de récidives locales, 62 à 66 0/0. C'est dans les amputations totales avec curage et ablation systématique des pectoraux que l'on a le *minimum* de récidives 25,9 0/0. Ces chiffres se passent de commentaires.

A. Benoit.

Cancer mélanique de la face, par M. Jaboulay (de Lyon) (*Sem. Méd.*, 3 septembre 1902). — Ce cas offre un intérêt thérapeutique indéniable, étant donné les remarquables résultats obtenus par cet auteur dans la cure du cancer par les sels de quinine.

Il s'agit ici d'une femme qui vit une tache noire de la tempe, vulgaire grain de beauté qu'elle portait depuis fort longtemps, dégénérer soudain en plaque envahissante, recouvrant la joue jusqu'à couvrir la moitié de la face, les

parties primitives devenant bourgeonnantes et légèrement ulcérées.

La cause première paraît être des irritations locales, et surtout un traitement intempestif par les cautérisations, puis, le curetage, et même l'ablation sous anesthésie de toute la peau envahie. La récidive se fit au bout de quelques mois ; mais, tandis que l'état général se maintenait assez bon, malgré un amaigrissement notable, la propagation du pigment mélanique aux organes devint bientôt évidente, d'abord par l'examen des urines, qui prirent une couleur noirâtre, puis par celui du sang, qui décela, avec un certain degré d'anémie, la présence des corpuscules mélaniques dans le plasma et les leucocytes.

Cette femme demandant une intervention jugée d'avance inutile par le chirurgien, elle est actuellement soumise au traitement qui a donné de si remarquables résultats, confirmés par ceux que d'autres chirurgiens ont obtenus à sa suite (1). L'auteur, procédant par analogie, suppose que la quinine peut être un poison pour le *mélanozoaire*, qui trouve dans les éléments du sang son milieu de culture, comme il l'est pour le protozoaire de la fièvre paludéenne. Jusqu'à ce jour, il n'avait pu en faire l'essai dans cette variété, aussi rare que singulière de cancer, dont on sait la redoutable gravité. Aussi sera-t-il curieux de connaître l'effet du traitement, malgré l'heure tardive de son application. La malade prend tous les jours deux cachets de 0 gr. 25 de *lactate de quinine*, et reçoit une injection sous-cutanée de chlorhydrate de quinine à 30 0/0, ce qui porte à 0 gr. 80, la dose journalière du médicament.

A. Benoit.

Perforation de l'ulcère duodénal : cœliotomie et gastro-jéjunostomie par Arthur Connel, (*The Lancet*, 6 sept. 1902). — L'auteur publie l'observation intéressante d'un homme âgé de 24 ans qui entre à l'hôpital avec des symptômes de perforation péritonéale. Le malade souffrait depuis 14 ans de troubles gastriques, douleurs épigastriques après les repas, sans hématémèse ni ictère. A la laparotomie on trouva l'estomac distendu et abaissé. En soulevant le foie, on découvrit une perforation circulaire d'un demi centimètre de diamètre siégeant dans la première portion du duodenum sur sa face supérieure et postérieure. La région pylorique de l'estomac était épaissie et l'orifice considérablement rétréci. La perforation fut suturée après nettoyage. Le malade, soumis à l'alimentation rectale, guérit après cette opération. Néanmoins l'alimentation continua à être très défectueuse et accompagnée de douleurs. Il existait une forte dilatation de l'estomac, consécutive à une contracture inflammatoire du pylore. Le malade put dès lors prendre toute sortes d'aliments sans être incommodé et augmenta rapidement de poids. Les indications opératoires de la gastro-jejunostomie ont été les suivantes dans cette observation : le rétrécissement considérable de l'orifice pylorique, la présence d'ulcérations dans le duodénum, la persistance des troubles digestifs même avec un régime spécial sévère.

L. Jumon.

(1) Benoit. — *Revue de thérapeutique*, 1901.

Corps étrangers de l'estomac et leur traitement, par H. W. Boreham (*The Lancet*, 13 septembre 1902). — L'auteur cite deux cas de corps étrangers de l'estomac heureusement traités par la méthode simple qu'il indique. Dans le premier, il s'agit d'une femme qui avait avalé un dentier comprenant trois fausses dents. La patiente tomba dans un état de très grande nervosité et ressentit une douleur considérable à l'épigastre. Après l'administration de 1 gr. 20 de bromure d'ammonium, on lui fit prendre du son et une soupe épaisse contenant des morceaux de fil en très grande quantité avec très peu de liquide. La douleur disparut bientôt et deux jours plus tard elle rendit, dans les selles sans couleur, la pièce dentaire qui était enrobée dans la masse solide formée par le fil et le son. Le second cas est celui d'un homme qui avait avalé une épingle. Il fut traité de la même manière avec un plein succès.

Il est très important en pareil cas que le patient avale le moins de liquide possible pendant les deux premiers jours et que la constipation soit un peu entretenue par l'emploi de l'opium, si c'est nécessaire, jusqu'à ce que le corps étranger soit expulsé.

L. Jumon.

Déviation chirurgicale de la circulation porte. Opération de Talma, par M. Glaudot (*Arch. Méd. Belges*, juillet 1902). — L'opération de Talma, fort connue aujourd'hui, n'est pas couramment pratiquée, les résultats palliatifs qu'elle donne n'étant peut-être pas suffisamment appréciés des médecins. C'est à ce titre qu'il faut citer les travaux qui la concernent ; l'auteur a recueilli deux nouveaux faits qui l'engagent à préconiser cette opération comme traitement de choix de l'ascite cirrhotique. On sait que l'exécution en est simple : l'incision doit être *médiane*, de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. D'autres, suivant l'exemple de Schiassi (de Bologne), font une incision parahépatique en croix, en se donnant pour prétexte l'examen direct du foie. Cette pratique entraîne à sa suite des sacrifices vasculaires (origine des veines mammaire interne et épigastrique) qu'il est pré-

férable d'éviter; sans compter l'affaiblissement de la paroi qui résulte de la section de plusieurs plans musculaires perpendiculairement à la direction de leurs fibres. Enfin l'opération faite à blanc, sur la ligne médiane, n'affaiblit pas des malades déjà anémiés. L'épiploon est étalé de préférence contre la couche musculaire et le péritoine décollé. Cette opération n'est pas plus dangereuse que la ponction elle-même. Comme contre-indication, Bunge admet principalement l'ictère.

A. Benoit.

Les bains chauds dans les affections chirurgicales (*Gazette Médicale russe*, n° 27, 1902. — Syssine a employé dans toute une série d'affections chirurgicales des bains chauds dont la température a varié entre 30 et 40° R. Ce n'est que lorsque le malade ne pouvait pas supporter cette température qu'on l'abaissait.

Du reste on n'a jamais eu l'occasion d'observer des brûlures même lorsqu'on a employé des bains à la température indiquée plus haut. Les bains employés ont été soit simples, soit médicamenteux; dans ce dernier cas on ajoutait à l'eau les substances suivantes : la créoline (dont la concentration ne dépassa jamais 0, 1 0/0), le goudron de bois, l'acide borique et la solution physiologique de chlorure de sodium.

Les résultats obtenus par Syssine ont été excellents.

J. Roubleff.

Usage de la paraffine comme moyen prothétique, par Stephen Paget (*The Brit. Med. J.* 13 septembre 1902). — Après s'être servi avec bon résultat de la paraffine dans deux cas d'effondrement du nez, l'auteur fait les remarques suivantes : Dans un cas, il s'est servi de paraffine fondant à 58°, dans l'autre à 46. Quel que soit le point de fusion de la paraffine, on doit injecter celle-ci à une température plus élevée de 4 à 6 degrés, sous peine de la voir se solidifier dans l'aiguille avant l'injection. Pour la même raison, il faut chauffer la seringue et l'aiguille à 6° ou 10° au dessus du point de fusion de la paraffine. Une seringue à sérum suffit pour cette injection et, pour éviter son refroidissement, on peut l'introduire dans un tube à drainage. L'aiguille doit être large et forte comme celles dont on se sert pour la thoracentèse; mais, en général, on leur donne trop de longueur. Un assistant doit exercer avec beaucoup de soin une pression assez énergique sur le nez jusqu'à la fin de l'injection; puis, pendant une demi minute environ, le chirurgien modèle le nez. La peau du nez doit être incisée au bistouri au point où l'on introduit l'aiguille afin que celle-ci pénètre facilement. Celle-ci doit pénétrer en bas sur la ligne médiane. Il est préférable d'employer la paraffine dont le point de fusion est à 46°; l'injection est plus facile et l'on évite un accident qui arrive quelquefois, à savoir le sphacèle de la peau. Il faut encore éviter de piquer une veine et exercer une pression énergique autour du nez pendant et après l'injection, car on a observé parfois après l'injection des accidents attribuables à l'embolie pulmonaire.

Après le traitement, on applique une compresse mouillée froide ou glacée sur la partie supérieure de la face. Enfin, si le nez n'est pas absolument restauré dans sa forme normale, surtout quand on regarde le sujet de face, le profil est néanmoins excellent et le résultat final très bon.

L. Jumon.

Prothèses sous-cutanées et sous-muqueuses à la parraffine (*Deutsche med. Wochenschrift*, 7 août 1902). — Eckstein, assistant à la clinique du Pr Wolff, à Berlin, donne la préférence, pour l'application de la méthode de Gersuny, à la paraffine fondant à 57-60° : ce produit durcit 1 à 2 minutes après l'injection : dans l'intervalle, le praticien peut manipuler la masse et lui donner la forme nécessaire pour l'obtention d'une bonne prothèse. Des expériences sur des lapins démontrent que la paraffine choisie n'est absolument pas résorbée dans l'organisme, alors que la vaseline perd de son poids après l'injection. La rapidité de la coagulation de la paraffine s'oppose au développement d'une embolie graisseuse.

Pour éviter que la seringue, d'une capacité de 3 cc., ne se refroidisse suffisamment, au moment où l'on fait l'injection, pour que la paraffine se prenne en une masse solide, l'auteur enveloppe la canule dans un tube de caoutchouc, qui est mauvais conducteur. La seringue chauffée ainsi enveloppée peut être prise à la main sans danger, et conserve sa température pendant un laps de temps suffisant. Pour éviter que la paraffine ne se prenne dans l'intérieur de l'aiguille, non protégée par le caoutchouc, l'auteur aspire un peu d'eau chaude dans l'aiguille : cette minime quantité injectée au malade ne présente aucun inconvénient. On pique dans la peau à une certaine distance du point où se fera l'injection, et on pousse l'aiguille courbe jusqu'à ce point. On injectera sans exercer une pression trop forte, pendant que l'aide comprime le pourtour du champ opératoire. Pansement humide pendant 1 à 2 jours, puis application de taffetas anglais sur le point d'injection.

19 cas d'affections diverses ont été ainsi opérés sous la direction de feu le Pr Wolff par l'auteur, avec d'excellents résultats.

E. Vogt.

Traitement primitif des accidents de chemin de fer, par J. N. Baker (*Médical Record*. 13 septembre 1902). — Dans ce travail l'auteur a surtout en vue le traitement du choc et le traitement chirurgical des grandes lésions.

Le choc étant une dépression nerveuse, les efforts doivent être dirigés sur le système nerveux central et périphérique. La stimulation centrale peut s'obtenir par la strychnine, la nitro-glycérine, l'eau-de-vie, l'acétate d'ammoniaque, la morphine ou l'atropine. Si le choc est profond il faut se servir d'injections hypodermiques, surtout de morphine seul eou associée à l'atropine,

La stimulation périphérique s'obtient au mieux par l'application de la chaleur sur la peau au moyen de sacs d'eau chaude et en tenant le blessé dans une chambre chauffée. Enfin les injections sous-cutanées ou mieux intra-veineuses d'eau salée constituent un moyen énergique pour lutter contre le choc. Pour l'injection on choisira la veine céphalique ou la basilique au-dessus du coude. On injectera en une demi heure 1 litre à 1 litre et demi, mais si l'hémorragie a été considérable, il faudra injecter parfois jusqu'à 2 ou 3 litres. On se guidera sur l'état du pouls radial pour contrôler les effets de traitement. La température du liquide a été un sujet de controverse : l'auteur croit qu'il faut injecter la solution à la température de 42°, par suite de la perte de 2 ou 3 degrés qui se produit pendant l'écoulement. Le frisson et l'élévation de température qui succèdent à l'écoulement sont transitoires et rarement sérieux.

Après ce premier traitement contre le choc, il faut traiter la blessure sans aucune temporisation. Bien souvent il paraît très difficile de prendre une décision relativement à la conservation du membre plus ou moins profondément lésé : il est des cas où l'hésitation est permise, mais lorsqu'il y a une fracture comminutive avec dégâts considérables des parties molles, vouloir conserver le membre c'est entretenir les conditions du choc. Souvent alors une opération tardive ne suffit plus pour sauver l'existence du blessé, qui aurait bien supporté l'amputation immédiate. On conçoit qu'il soit impossible de donner des règles fixes, chaque cas particulier offrant des indications spéciales.

En résumé, Baker insiste sur les points suivants :

La nécessité de dissiper le plus tôt possible les effets du choc.

La valeur des transfusions intra-veineuses de sérum artificiel pour combattre les formes graves du choc.

L'importance d'une prompte intervention chirurgicale immédiatement après que la réaction s'est établie.

L'importance de la surface plantaire lorsque le pied a été blessé ou de la face palmaire pour la main. Ne jamais sacrifier inutilement des tissus ni une articulation, et essayer de toujours obtenir un moignon indolore, sans rétraction, sans cicatrice vicieuse.

L. Jumon.

Appareil pulmonaire

Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine

Traitement de la tuberculose pulmonaire par le gaïacol à l'extérieur (*Thérapeutique Moderne russe*, n° 5, 1902). — Zavroff a expérimenté l'application externe de gaïacol sur 32 tuberculeux au premier et deuxième degrés. Il badigeonne la peau : après le badigeonnage il recouvre la partie traitée avec un grand verre de montre (à 36 cm. de diamètre). Au bout de 6 à 12 heures le gaïacol était complètement absorbé et l'on pouvait constater sa présence dans la sueur.

En se basant sur ces observations Zavroff formule une longue série de conclusions dont voici les principales.

1° Il faut toujours commencer par de petites doses (de trois à dix gouttes). Plus le malade est épuisé, plus le processus pathologique est avancé, plus il faut procéder prudement. C'est grâce à cette prudence qu'on évitera les complications.

2° Une partie des médicaments reste certainement dans l'économie, on peut par conséquent observer des effets cumulatifs.

3° Si, en augmentant la dose, on constate que le malade commence tout à coup à réagir énergiquement, il faut immédiatement ou diminuer la dose ou même suspendre le traitement pour un certain temps.

4° La diazoréaction d'Erlisrch constitue un bon critérium pour juger de la gravité de l'état général.

5° Les badigeonnages au gaïacol s'accompagnent de profondes modifications de l'état général qui se manifestent par un abaissement de la température, des sueurs, suivies de frissons.

En transpirant les uns rougissent, d'autres pâlissent ; chez ces derniers on observe une période préalable d'excitation, suivie de frissons avec une nouvelle élévation de température. Dans ces conditions le traitement par les badigeonnages est contre-indiqué. La pression sanguine s'élève considérablement après les badigeonnages ; aussi bien dans les grands vaisseaux qu'à la périphérie elle atteint le maximum avant la transpiration et puis progressivement retombe à la normale.

6° L'effet antipyrétique du gaïacol est incertain et ne peut jamais être déterminé même approximativement.

7° Les badigeonnages au gaïacol peuvent donner un excellent résultat dans les cas où un ou les deux poumons ne sont pas atteints profondément, même lorsqu'il y a des phénomènes cliniques de cavernes nettement prononcées, — ceci cependant à la condition que le traitement se fasse systématiquement et très lentement. — On obtient également un bon résultat dans les pleuro-pneumonies tuberculeuses récentes. Le résultat est moins bon dans les cas où il s'agit d'une tuberculose à marche aiguë, même si un seul poumon est atteint et il n'y as pas de cavernes.

8° Les badigeonnages au gaïacol sont contre-indiqués dans les cas chroniques avec lésions étendues donnant nettement la diazoréaction d'Erlich ainsi que dans les cas de phtisie galopante. Si l'on tient compte de toutes les indications, on peut dans un grand nombre de cas obtenir une diminution des phénomènes catarrheux de la toux, des sueurs nocturnes, ainsi qu'une augmentation de poids, un relèvement des forces musculaires et une augmentation de la capacité respiratoire de poumons, une diminution de la fièvre et des crachats, une amélioration de l'appétit et la disparition des sensations douloureuses dans le thorax.

Cette méthode de traitement peut donc rendre de grands services dans les cas où le gaïacol administré à l'intérieur, détermine des troubles gastriques.

J. Roubleff.

Emploi thérapeutique de la gymnastique respiratoire (*Therap. Monatshefte*, octobre 1902), — Hoffmann recommande cette gymnastique, avec augmentation des efforts d'expiration, en premier lieu, pour combattre le mal de mer. En outre, l'expiration forcée constitue une excellente gymnastique, car elle tend à annihiler l'action prépondérante de l'inspiration sur le vésicule pulmonaire ; l'appareil musculaire inspirateur est certainement plus puissant que l'appareil expirateur et est la cause du développement de l'emphysème chez le vieillard.

L'auteur soumet, d'un autre côté, tous ses malades atteints de constipation ou d'hémorroïdes à des exercices respiratoires en plein air, consistant en une série d'inspirations saccadées se suivant pendant que le malade fait 3 à 4 pas ; pendant les 5 à 6 pas suivants, on fait une série d'expirations saccadées.

L'auteur croit que l'emploi systématique de sa méthode finira par être adopté en grand, et qu'on lui reconnaîtra la valeur thérapeutique qu'il lui accorde lui-même.

E. Vogt.

Emploi de la digitale et de l'aconit dans le traitement des cardiopathies, par A. Hare (*Therapeutic gazette*, 15 août 1902). — L'auteur croit que le scepticisme thérapeutique est surtout né des applications incorrectes des médicaments. En ce qui concerne les maladies du cœur, il ne faut pas se contenter du diagnostic d'affection valvulaire pour prescrire la digitale, mais il faut chercher quel est l'état du myocarde, des vaisseaux sanguins et celui des reins et du foie. La connaissance de tous ces facteurs est très importante dans l'application des stimulants cardiaques.

La digitale dont l'effet thérapeutique est si puissant est trop souvent administrée à hautes doses. Ces doses élevées ne sont utiles que dans les premiers jours de traitement d'une cardiopathie non compensée. Il est même nécessaire de commencer par exemple en administrant 10 à 20 gouttes de teinture de digitale trois ou quatre fois par jour, mais dans la suite ces doses doivent être considérablement réduites et l'auteur a obtenu d'excellents résultats avec une ou deux gouttes de teinture de digitale données trois ou quatre fois par jour.

Pour le choix du stimulant cardiaque, il faut tenir compte non seulement de l'état des valvules et du myocarde, mais aussi de l'état des artères coronaires. Si ces artères sont contractées, la digitale fera plus de mal que de bien. D'autre part le myocarde peut être dans un tel état de dégénérescence que la digitale n'agit plus sur la nutrition du cœur.

Dans un certain nombre de cas de lésion valvulaire, le patient se trouvera bien de l'usage de l'aconit qui agit sur le cœur par l'intermédiaire du pneumogastrique et exerce une influence sédative dans les cas de compensation excessive, en diminuant les effets de l'hypertrophie. Dans quelques cas l'association de la digitale et de l'aconit produit des effets que ne donnerait pas l'un des deux.

Enfin l'auteur appelle l'attention sur l'effet parfois désastreux des divers exercices de sport chez les sujets atteints d'artériosclérose,

de dégénérescence du myocarde et de lésions scléreuses des reins.

L. Jumon.

Action exercée sur les vaisseaux par les médicaments du groupe de la digitale (*Archiv. f. exp. Path. u. Pharmak.*, vol. 47, p. 135). — Gottlieb et Magnus ont pu déterminer un point jusqu'ici resté obscur dans l'action du groupe de la digitale : la digitaline, le strophantus, la convallaria, etc., contractent les vaisseaux splanchniques, d'où refoulement du sang à la périphérie et augmentation de la pression. La contraction vasculaire produite par le groupe médicamenteux dans les vaisseaux de la périphérie est aisément vaincue par l'augmentation de pression provenant du refoulement du sang splanchnique. On ne se trouve donc pas en présence d'actions contradictoires, mais bien en présence d'une action vasoconstrictive unique, annihilée dans les vaisseaux périphériques.

Ce phénomène explique pourquoi les fonctions rénales sont facilitées par ce groupe médicamenteux.

Il est certain que cette action vasoconstrictive a pour effet d'obliger le cœur à un effort plus considérable : mais comme ces médicaments exaltent la tonicité du myocarde, ce dernier parvient à suffire à la tâche dans la plupart des cas.

E. Vogt.

Traitement des angiomes plans par les courants de haute fréquence, par Bergonié (*Congrès de Montauban, Sect. d'électr. Médicale*, 7-14 août 1902). — La méthode préconisée par l'auteur, et qui lui a donné d'excellents résultats, consiste à appliquer l'aigrette, mêlée de petites étincelles très nombreuses provenant du solénoïde secondaire d'un appareil à haute fréquence, au niveau de la tache à traiter. Le tissu violacé blanchit après quelques secondes de cette application, il se fait une réaction inflammatoire plus ou moins intense et une guérison sous-crustacée avec épiderme plus ou moins décoloré. Le réglage de l'intensité du courant et la détermination de la durée des séances sont délicats si l'on veut atteindre le but sans le dépasser, c'est-à-dire obtenir la couleur de la peau saine voisine.

Le traitement n'est ni douloureux, ni très long. Il donne, d'après l'auteur, d'excellents résultats.

E. Vogt.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

La cannabis indica dans la chorée et la coqueluche, par E. T. Burton (*The Brit. Med. J.*, 13 septembre 1902). — Dans un cas de chorée chez une enfant de 11 ans, l'auteur commença par donner de la liqueur de Fowler à doses croissantes, mais sans succès. Les mouvements s'aggravant, il eut recours à l'opium; l'appétit alors diminua, puis la malade eut une névralgie dentaire qui nécessita l'extraction d'une dent malade. Cette opération aggrava la maladie, Burton eut alors recours à la teinture de cannabis indica dont la malade prit sept gouttes toutes les quatre heures. L'effet fut surprenant, dès le lendemain les mouvements choréiques avaient presque entièrement disparu et l'appétit était revenu. En trois semaines, la malade était rétablie.

L'auteur a employé de même la teinture de cannabis indica à la dose de deux gouttes toutes les trois heures chez un enfant de vingt-deux mois atteint de coqueluche. Le lendemain, les quintes étaient réduites à trois, le troisième jour la toux avait presque complètement cessé et, au bout d'une semaine, elle avait disparu. Même succès dans un autre cas concernant une enfant de 5 ans.

En résumé la canabis indica amende directement l'état spasmodique, elle ne détermine aucun symptôme céphalique et ne trouble pas la digestion. L'auteur a ajouté une petite quantité de chloroforme à la teinture de cannabis pour en masquer le goût désagréable.

L. Jumon.

Des agents physiques et mécaniques dans le traitement des hémiplégies organiques, par Deschamps. (*Rev. de Cinésie*, 20 sept. 1902). — La contracture ou le danger de la provoquer semblent dominer toute l'intervention électrothérapique chez l'hémiplégique. Dans la pratique, le patient est soumis la plupart du temps à des excitations auxquelles ne répondent plus les muscles paralysés et qui s'irradient dans les muscles éloignés les plus excitables. Cette pratique défectueuse provoque en effet la contracture en augmentant la différence de tonicité des muscles antagonistes.

En réglant l'intervention sur les données d'un examen électrodiagnostic, on localise une excitation toujours utile, galvanique ou faradique suivant le cas, et l'on voit réapparaître les réactions normales en même temps que disparaître la contracture.

Loin d'être un danger, l'électrothérapie est le meilleur moyen de provoquer les mouvements disparus et de favoriser ainsi la rééducation des conducteurs qui ne sont pas détruits.

La gymnastique, sous la forme d'exercices passifs et actifs, rend d'incontestables services; mais cette thérapeutique ne sera physiologique que si elle se propose de développer simultanément les deux systèmes de muscles antagonistes, sans oublier que l'action mise à la disposition du patient ne pourra jamais dépasser le *moment* du système le moins favorisé, sans provoquer une attitude vicieuse ou la contracture.

Les exercices doivent toujours s'effectuer au commandement et avec le concours d'un aide qui supporte le membre en lui donnant une attitude convenable.

Les mouvements faits avec effort par le malade abandonné à lui-même doivent être soigneusement évités, car cette gymnastique irrai sonnée est capable de causer les grandes contractures que l'on a signalées sans qu'il en résulte aucun avantage.

E. Vogt.

Traitement du délire alcoolique par le bromhydrate d'hyoscine, par R. E. Bering (*Therapeutic gazette*, 25 avril 1902. — L'auteur a essayé avec succès un traitement préconisé par le Dr Lott contre le délire alcoolique et les habitudes alcooliques. Il s'agit d'un homme qui fut pris de delirium tremens sous l'influence de l'abus de l'eau-de-vie. Le traitement commença par une dose de 0 gr. 60 de calomel. Le malade reçut ensutte du bromhydrate d'hyoscine à doses de 0 gr. 0006 environ toutes les heures pendant 48 heures. Après avoir pris ainsi 12 doses, le malade prit de petites doses de pilocarpine. Deux heures aprés avoir cessé l'hyoscine, il commença à sortir de l'état dans lequel il se trouvait sous l'influence du médicament, et depuis, la guérison a continué. Le malade put ainsi reprendre ses occupations quatre jours après avoir commencé ce traitement dans une maison de santé et sans qu'il fût de nouveau pris de l'envie de reprendre du whiskey. L'appétit et le sommeil sont meilleurs qu'il y a plusieurs mois. Pendant les 42 heures d'intoxication par l'hyoscine, il eut toutes sortes d'hallucinations, ne prit aucun aliment, ne dormit pas et but seulement de l'eau. Avec la disparition du délire, le malade a été guéri de ses envies de boire et la guérison persiste dépuis des mois.

L. Jumon.

Traitement de l'anurie réflexe par les injections épidurales, par le Dr Bergouignan (*Journal des Praticiens*, no 33, p. 326). — Chez une maade tabétique atteinte de crises vésicales qu'aucun traitement n'avait pu calmer, l'injection dans le canal sacré de un centimètre cube de solution de cocaïne à 2 0/0, soit deux centigrammes de cocaïne, amena une disparition rapide des douleurs et des besoins fréquents d'uriner; la guérison se maintint pendant six mois.

G. Lyon.

Traumatisme cérébral suivi de mort tardive, par J. Alba Carreras. (*Revue de la Soc. méd. argentine*, juin 1902). — A la suite d'un coup de couteau mince et tranchant dans la fosse temporale gauche, un homme de 26 ans, habituellement bien portant, ne semble éprouver aucun trouble grave. Aussi reprend-il son travail, après cicatrisation de la plaie cutanée. Quinze jours plus tard, à la suite d'un excès alcoolique, il mourait subitement, avec tous les signes d'une hémorragie cérébrale de l'hémisphère gauche. Ce fait, ayant de l'importance au point de vue médico-légal, l'autopsie fut ordonnée. Elle montra la présence d'une collection purulente ouverte récemment dans le ventricule latéral. Aucune lésion antérieure, notamment de l'oreille moyenne n'ayant été trouvée, on ne peut qu'admettre l'infection directe par la plaie, à la faveur d'une fente osseuse à laquelle la dure-mère était adhérente. Une exploration immédiate suivie de la trépanation et de l'évacuation des caillots sanguins, qui paraissaient provenir de la cérébrale moyenne, aurait donc changé l'issue de ce traumatisme qui paraissait banal. Toutefois l'auteur suppose que l'hémorragie fut secondaire à la formation du pus. On n'en voit pas moins la nécessité de pousser aussi loin que possible la désinfection dans les cas de ce genre.

A. Benoit.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

D' MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux

Traitement du chancre mou par le froid (*Wiener Klin. Wochenschrift*, no 17, 1902). — Brandweiner obtient par la réfrigération des effets analogues à ceux que donne l'emploi de la chaleur. Il dispose de 40 cas traités par le spray au chlorure d'éthyle. On commence par un nettoyage minutieux de l'ulcération avec

une solution de sublimé : après une dessiccation aussi complète que possible, on envoie à 20 cm. de distance, le jet de chlorure d'éthyle. Pendant la pulvérisation, on dirige, au moyen d'une soufflerie dont l'extrémité du tube est placée à 5 cm. de la plaie, un courant d'air sur le point traité, dans le but de favoriser l'évaporation du chlorure d'éthyle. Au début de la congélation, les malades ressentent un peu de douleur : l'intervention est suivie d'une hyperémie accentuée avec hémorragie ; ce stade est de courte durée.

On fera une séance par jour en général, et on ira jusqu'à 3 par jour dans les cas de chancre très étendu et tenace. Pansement à la poudre d'iodoforme. Il suffit parfois d'une seule séance pour modifier déjà profondément la lésion : celle-ci commence à granuler, et ses bords ne sont plus minés. Mais on n'obtiendra un tel résultat, le plus souvent, qu'au bout de trois à quatre séances.

Trente-trois cas sur quarante ont donné d'excellents résultats.

E. Vogt.

Traitement antiseptique du chancre rectal et génital, par M. Sinclair Tousey, (*New-York med. J.*, 9 août 1902). — On lave d'abord la lésion avec du coton trempé dans une solution fraîche de permanganate de potasse à 10 0/0, et, au bout d'une minute, on lave à l'eau oxygénée, diluée de trois fois son volume. On applique alors un pansement avec la solution suivante :

Alun.....	1 gr. 50
Acétate de plomb.....	8 — 50
Eau q. s. p.....	180 grammes

Cette solution contient un précipité blanc et doit être agitée avant l'emploi. Elle n'irrite pas l'anus, ni les organes génitaux externes. Dans les cas de chancres intra rectaux ou vaginaux, on lave à l'eau les surfaces après le nettoyage avec le permanganate et l'eau oxygénée, on retire le spéculum et on applique un suppositoire de beurre de cacao contenant 0.60 d'acide borique. Quatre ou cinq jours de pansements, appliqués une fois par jour suffisent généralement pour supprimer la virulence et activer le travail de cicatrisation. Après quoi on supprime le permanganate et l'eau oxygénée et on applique de la vaseline boriquée sur de la gaze. On continue les suppositoires si la lésion est rectale ou vaginale.

L. Jumon.

La question des injections mercurielles, par Desesquelle (*Bulletin des sc. pharmacologiques*, septembre 1902.) — Nous retiendrons de l'important travail de l'auteur, les conclusions concernant les propriétés que doit posséder un composé mercuriel destiné à être employé en injections hypodermiques. Il devra :

1° Avoir une constitution chimique bien définie :

2° Etre d'une conservation facile ;

3° Etre soluble dans l'eau, ou, si l'on fait choix dans certains cas d'un composé insoluble, être très facilement attaqué par les liquides de l'organisme pour donner des produits de décomposition très solubles dans ces liquides.

4° Ne pas donner de précipité avec les substances contenues dans les liquides de l'organisme.

5° Avoir une vitesse d'absorption et d'élimination telle que l'organisme soit sous l'influence permanente d'une quantité x de mercure ;

6° Etre peu toxique ;

7° Etre antiseptique ;

8° Ne provoquer ni abcès, ni induration :

9° Ne pas être douloureux ;

L'auteur n'hésite pas à déclarer que nous ne possédons pas encore cet idéal rêvé. Il est incontestable que dans ces derniers temps des progrès considérables ont été réalisés ; mais l'introduction de ces nouveaux composés mercuriels dans la thérapeutique antisyphilitique est encore trop récente et les résultats donnés par eux trop contradictoires pour qu'on puisse leur accorder la première place.

E. Vogt.

Sur le traitement de la syphilis par l'Hermophényl, par Hallopeau. (*Académie de médecine*, 29 juillet 1902). — Ce produit : mercure-phénol disulfonate de sodium, bien que contenant 40 p. 100 de mercure, ne présente pas les réactions usuelles de ce mercure.

Il doit être employé soit par la bouche, soit par injections intra-musculaires, à la dose de 6 à 8 centigr. dans le pemier cas, de 4 centigr. dans le second.

Les injections intra-musculaires sont remarquablement bien supportées et contrastent à cet égard avec celles des autres sels solubles de mercure; elles ne déterminent aucune réaction locale appréciable. Administré par la bouche il ne donne lieu ni à des douleurs gastriques, ni à de la diarrhée.

G. Lyon.

Permanganate de potasse dans les brûlures (*Thérap. Moder. russe* n° 3, 1902). — Khariton off rapporte deux cas de brûlures où le permanganate de potasse a donné d'excellents résultats.

Très rapidement, après l'application du pansement, la douleur diminue d'intensité.

Pour que le succès soit complet, il est nécessaire que la solution de permanganate soit saturée (il faut qu'il reste au fond du vase un excès de cristaux non dissous).

Si l'on emploie de l'eau chaude pour dissoudre les cristaux de permanganate, on laissera la solution se refroidir avant de s'en servir.

Quant à l'action du permanganate de potasse, l'auteur l'explique de la façon suivante : On sait que ce sel venant en contact avec des substances organiques, se décompose rapidement, en formant un alcali libre, de l'oxygène à l'état naissant (ozone) et des oxydes de manganèse.

On peut supposer que la potasse en cautérisant les terminaisons périphériques des nerfs détermine l'anesthésie locale de la région brûlée et que d'un autre côté la légère couche formée par les oxydes de manganèse, en préservant la plaie des microbes pathogènes, permettra au processus d'évoluer aseptiquement.

J. Roubleff.

Calomel dans l'éléphantiasis (*Medic.. Oboscr.*, n° 9, 1902). — Tiptzeff a observé un cas d'éléphantiasis où les injections profondes de calomel ont donné de bons résultats.

L'auteur a injecté une émulsion de calomel dans de la vaseline à la dose de 0 gr. 05 de calomel. Ses injections ont été pratiquées tous les deux ou quatre jours. Tiptzeff estime que le traitement, pour réussir, doit être prolongé.

Ce cas confirme ce qu'ont dit, nombre d'auteurs sur l'action bienfaisante de calomel dans l'éléphantiasis, même lorsqu'on ne saurait découvrir la syphilis dans les antécédents.

J. Roubleff.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

Lavage de l'urèthre dans la blennorrhagie. (*Thérapeutique moderne russe*, n° 2, 1902). — Demidoff pratique dans l'uréthrite blennorrhagique des lavages soit au permanganate de potasse, soit plus rarement au sublimé à la température de 10° R.

Le malade est couché sur le dos. Le bock est placé à la hauteur de 2 1/2 mètres environ. Avant d'introduire le liquide dans la vessie, on fait uriner le malade et l'on lave un peu le canal.

Si l'auteur se sert d'un liquide assez chaud, c'est qu'il estime que la température de 39 à 40° non-seulement s'oppose au pullulement des microbes, mais encore les tue.

Le nombre total des malades soumis à ce traitement a été de 20 (il y a eu dans ce nombre des cas aigus, subaigus et chroniques). On n'a considéré comme guéris que ceux chez lesquels il n'y avait plus ni écoulements, ni filaments, ni accolement des lèvres de l'urèthre au réveil.

10 malades ont complètement guéri (cinq aigus, deux subaigus et trois chroniques). Dans 10 cas on a obtenu soit une amélioration, soit la guérison, mais dans ce cas l'auteur a eu recours en dehors des lavages à d'autres moyens de traitement. Dans deux cas, échec.

C'est en se basant sur ces observations que l'auteur formule les conclusions suivantes :

1° Les lavages chauds donnent en général de bons résultats.

2° Le traitement dans les cas aigus ne doit être commencé que lorsque toute irritation de l'urèthre a disparu, cela pour éviter des complications.

3° Les lavages chauds sont mal supportés dans les premiers temps par certains malades ; il faut donc commencer par introduire de petites quantités de liquide.

4° Si l'on emploie le sublimé, il faut être prudent. S'il y a des malades qui supportent très bien des solutions à 1 pour 6.000 et même à 1 pour 3.000, d'autres au contraire à la suite de lavages au sublimé à 1 pour 8.000 et même à 1 pour 12·000 présentent des symptômes de forte irritation de l'urèthre et de la vessie, allant jusqu'à des hémorragies. Il vaut donc mieux commencer toujours par des solutions à 1 pour 20.000, n'arriver que petit à petit à 1 pour 8.000 et ne pas dépassser cette concentration.

5° Si l'on emploie le permanganate de potasse, il faut commencer par des solutions à 1 pour 6.000 et arriver petit à petit à 1 pour 1.000.

La solution de permanganate doit être toujours fraîche, car elle se décompose très vite.

J. Roubleff.

Albargine dans le traitement de la blennorrhagie aiguë (*Gazette Médicale russe* n° 22, 1902). — Malyeff dans 20 cas de blennorrhagie aiguë a employé l'albargine en solution de 1 pour 1000. Les lavages ont été pratiqués deux fois par jour, matin et soir.

Voici les conclusions que formule l'auteur.

1° L'albargine n'irrite pas la muqueuse uréthrale.

2° Grâce à ses propriétés bactéricides très marquées, spécialement sur le gonocoque, l'albargine diminue la durée de la blennorrhagie.

3° Quant aux complications, elles ne sont ni plus ni moins fréquentes qu'avec d'autres procédés de traitement.

J. Roubleff.

Diagnostic et traitement du rein flottant, par le Dr Batsch, (*Münchner med. W.*, 18 juin 1902). Les reins flottants en dehors des accidents dus aux adhérences établies avec les organes abdominaux voisins peuvent déterminer des phénomènes graves. Des adhérences avec le vésicule biliaire et les canaux biliaires peuvent provoquer des inflammations dans ces derniers; d'un autre côté des adhérences inflammatoires autour des canaux biliaires entravent l'écoulement de la bile, c'est là une des origines des coliques hépatiques. Mais même la pression par un rein déplacé sur le canal hépatique peut déterminer de l'ictère, des coliques hépatiques et une catarrhe des voies biliaires. Le diagnostic dans ces cas est impossible sans l'anesthésie et peut même être vicié si l'on sent une tumeur dans la région de la vésicule.

Dans un cas, Batsch opérant une malade a trouvé la tumeur constituée par le rein droit déplacé dont l'extrémité supérieure et la face postérieure adhéraient fortement au foie, à la vésicule, au canal cystique et au cholédoque. La destruction de ces adhérences fut assez laborieuse. Le canal cholédoque était légèrement étranglé et cet état avait provoqué les phénomènes de la colique hépatique. Le rein fut libéré, une incison fut faite à travers les muscles lombaires et le rein y fut fixé par trois points de suture. La guérison se fit parfaitement sauf, que la plaie musculaire donnait issue à un écoulement d'urine qui disparut en enlevant l'anse moyenne qui servait à fixer le rein. Sept semaines plus tard le malade était parfaitement guéri, l'urine qui était légèrement albumineuse redevint normale. Le rein dans la suite est resté parfaitement fixé en place.

Dans un second cas, la malade âgée de 55 ans, avait des vomissements fréquents, quelquefois fécaloïdes. L'examen permettait de reconnaître des nodosités sur le bord antérieur du foie. Au milieu du colon ascendant on sentait une tumeur du volume du poing, peu mobile, la matité au niveau du rein droit avait disparu. L'auteur diagnostiqua un rein déplacé adhérent à l'intestin. Comme l'état de la malade s'aggravait, il procéda à l'opération. A l'ouverture de l'abdomen il trouva des masses adhérentes Après avoir détaché sans trop de difficultés le grand épiploon et le colon ascendant, il trouva le rein droit, son bord libre dirigé en avant adhérent au mésentère et à deux anses intestinales. Il ne fallait pas songer à diviser ces adhérences sans blesser l'intestin, Batoch fit une incision sur tout le bord libre et détacha la capsule du rein adhérente à l'intestin, et quelques coups de ciseaux libérèrent complètement le rein. L'hémorrhagie légère qui se produisit à la surface du rein fut arrêtée aussitôt par des transfixions superficielles avec de très fines aiguilles à intestin. Mais le rein ne put être refoulé assez en arrière à cause de la trop grande tension des vaisseaux Aussi fut-il fixé dans la ligne axillaire antérieure. Malheureusement il existait un cancer du foie au début. La guérison se fit rapidement sans réaction, sans écoulement d'urine et la malade sortit guérie six semaines après l'opération. Il n'y eut plus de symptômes du côté de l'intestin, l'appétit était excellent et les fonctions intestinales se faisaient très bien. Mais au bout de quelques mois la malade commença à perdre l'appétit et à maigrir, le cancer du foie faisait sentir ses effets. Les deux cas montrent qu'il est toujours possible de fixer le rein déplacé dans ses fonctions normales, il suffit de le fixer en un point quelconque de sorte qu'il ne puisse provoquer aucun trouble par sa compression sur d'autres organes; on évitera ainsi de déchirer les vaisseaux et les nerfs du rein.

L. Jumon.

Traitement chirurgical de la maladie de Bright chronique, par J. A. Schmitt (*Medical Record*, 13 septembre 1902). — Après avoir donné un aperçu des différentes formes de la maladie de Bright dans lesquelles les chirurgiens ont tenté l'intervention, Schmitt se demande si en fait, l'opération a pu guérir définitivement un cas de cette maladie. En tenant seulement compte des cas dans lesquels le diagnostic était hors de doute d'après les symptômes cliniques et l'analyse de l'urine, en éliminant les cas opérés depuis trop peu de temps pour se faire une opinion, on peut affirmer que l'opération a pu dissiper un certain nombre de symptômes, mais n'a pu guérir réellement aucun cas de mal de Bright.

Dans les maladies infectieuses aiguës, l'anurie accompagnée de symptômes urémiques compromettant l'existence peut être efficacement combattue par l'incision de la capsule ou l'incision du rein qui dissipent le gonflement congestif et l'excès de pression intra-rénale.

L'opération d'un côté est suffisante pour amener une abondante sécrétion d'urine en même temps que les symptômes alarmants cèdent. On ignore dans ce cas si l'autre rein prend le temps de recouvrer sa fonction ou si l'action réflexe joue le rôle prédominant.

L'anurie compliquée de symptômes urémiques survenant dans le cours de la maladie de Bright a fourni l'occasion d'une intervention chirurgicale, qui a parfois apporté un grand soulagement au malade sans lui procurer cependant une guérison permanente.

Lorsque les reins ont été opérés directement pour le traitement même de la maladie de Bright, le résultat n'a pas été ce qu'on en attendait. Le bénéfice n'est qu'apparent et se traduit par la disparition des œdèmes, de la dyspnée, etc., comme avec le traitement ordinaire ou la ponction capillaire et le drainage.

L'incision de la capsule ou du rein a donné d'excellents résultats dans les douleurs et les hématuries qui accompagnent quelquefois le mal de Bright. On peut donc y avoir recours si le traitement médical est impuissant pour combattre ces symptômes, mais la maladie n'en suit pas moins son cours.

Le néphropexie peut dissiper encore les phénomènes qui accompagnent le rein flottant, elle peut faire disparaître l'albuminurie si celle-ci est le résultat d'une irritation locale à la suite du déplacement ; mais si le rein porte des lésions brightiques, la maladie n'est pas influencée par l'opération.

Sa méthode opératoire est variable. Harrison pratique la ponction rénale ou l'incision capsulaire, Israël conseille l'incision du rein. Dans trois cas, Edebohls assure que la décortication partielle d'un côté lui a donné des succès dans le mal de Bright sans déplacement. Mais Schmitt croit que le succès dans toutes ces interventions est principalement attribuable à la saignée locale et à la diminution de la tension après l'incision de la capsule. La circulation rénale se fait alors facilement et la diurèse se rétablit, bien que la cicatrisation prive le rein d'une partie de son tissu propre.

L. Jumon.

Alimentation et traitement dans la néphrite chronique, par le Dr Wiczkowski (*Wien. Klin. Rundschau*, 1er juin 1902). — MM. Kaufmann et Mohr, assistants de V. Noorden, ont montré que le choix de la viande est sans importance dans la néphrite chronique. Wiczkowski est arrivé au même résultat par l'observation de 85 cas de néphrite chronique étudiés au cours de deux années. La qualité des aliments, qu'il s'agisse exclusivement du lait, d'aliments lactés ou surtout de viandes blanches ou même noires, reste sans influence visible sur la quantité de l'albumine éliminée. Une diète lactée absolue ne pourrait amener ni soulagement dans les cas graves, ni enlever à la maladie son caractère d'incurabilité ou de gravité mortelle. Au point de vue clinique, il est indifférent de permettre au malade de la viande blanche ou de la viande noire.

Wiczkowski a observé en outre que les corps gras apportent un certain soulagement aux malades et il a ordonné par jour une ou deux cuillerée d'huile d'olive ou d'huile de foie de morue.

Quant à l'usage des liquides, on doit soigneusement distinguer chaque cas. Il faut en augmenter la quantité lorsque surviennent des phénomènes d'intoxication, afin d'éliminer les produits de la nutrition. Au contraire, il faut diminuer la quantité des liquides absorbés, comme le prescrit V. Noorden, lorsqu'il s'agit de favoriser la résorption de liquides épanchés et des œdèmes. Au début de l'apparition des phénomènes urémiques, on doit absolument restreindre la quantité des boissons.

L'auteur préconise encore vivement la saignée qui, dans trois cas d'urémie, a sauvé l'existence des malades, de même que dans un cas de dyspnée extrême chez un malade atteint de rein contracté. Les quelques cas dans lesquels l'auteur a employé la saignée étaient des brightiques atteints d'une violente dyspnée qui céda après la saignée.

L. Jumon.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. Blondel,

Chef du Laboratoire de la Maternité,

Emploi de la photothérapie en gynécologie (*Soc. méd. de la Basse-Alsace*, 17 juillet 1902). — Freund a obtenu d'excellents résultats avec les bains de lumière électrique chez des malades atteintes d'exsudats paramétritiques étendus, ou d'inflammations moins marquées du Douglas. Les tumeurs annexielles sont en revanche réfractaires au traitement. Une malade atteinte de péritonite cancéreuse, avec ascite ponctionnée trois fois, fut soumise, après la troisième ponction, à l'électrothérapie (bain quotidien d'une heure de durée). L'ascite ne se reforma pas au cours des trois semaines qui précédèrent le décès de la malade.

E. Vogt.

Myxœdème, parturition et éclampsie, par A. Hergott (*Revue médicale de l'Est*, septembre 1902). — En publiant une curieuse observation d'éclampsie chez une myxœdémateuse, l'auteur attire l'attention des accoucheurs sur une nouvelle cause d'accès éclamptiques.

Il s'agit d'une myxœdémateuse qui étant devenue enceinte, est prise, dans le cours de son accouchement, d'accès éclamptiques, alors que l'urine ne contenait pas d'albumine. Connaissant les troubles nerveux qui se produisent dans la thyroïdectomie, auxquels on a donné le nom de tétanie opératoire ; sachant, d'autre part le rôle particulier de la glande thyroïde et celui des glandes parathyroïdes qui, dans l'espèce humaine, sont accolées les unes aux autres, il y a lieu de se demander, dit M. Hergott, si dans ce cas, les accès convulsifs éclamptiques qui ont tant de rapports communs avec la tétanie opératoire, n'étaient pas dus à l'insuffisance des glandes parathyroïdes qui sont peu développées ou altérées chez les myxœdémateuses. Aux éclampsies précédemment connues, résultat d'une lésion rénale ou d'une insuffisance hépatique, s'ajoute vraisemblablement une nouvelle résultant de l'insuffisance du corps thyroïde et plus spécialement des glandes parathyroïdes.

D'autres faits expérimentaux montrent que cette insuffisance thyroïdienne n'est pas étrangère à la production des crises éclamptiformes. L'auteur cite ainsi le fait d'une chatte à laquelle MM. Verstraetten et Vanderlinden avaient enlevé les deux glandes thyroïdes.

Cette chatte devint enceinte, mais à partir des premiers symptômes du part, elle refusa toute nourriture et tomba dans un état voisin du coma. De plus, elle avait de fréquents accès de convulsions générales, et, en dehors de ces accès, il persistait de la raideur et de la faiblesse des membres. On provoquait des convulsions en forçant l'animal à marcher. Cet état durait depuis cinq jours, la parturition n'aboutissait pas et l'animal semblait sur le point de succomber. Les auteurs diagnostiquèrent un état éclamptique en rapport pathogénique avec le part chez un animal thyroïdectomisé. Pour remédier à cet état, ils injectèrent sous la peau dans le tissu musculaire, 6 centimètres cubes de macération fraîche d'une demi-glande thyroïde du mouton. Une heure après l'état de l'animal s'était déjà amendé. Le mieux s'accentua de plus en plus, si bien que la tétanie était moins prononcée et que les convulsions ne reparurent plus. Le lendemain, l'animal mettait bas un petit chat mort-né et revint ensuite à la santé. L'éclampsie puerpérale disent les expérimentateurs, peut sous beaucoup de rapports, être comparée à un état d'insuffisance thyroïdienne momentanée, à un empoisonnement qui pourrait trouver son explication dans l'état puerpéral d'une part et dans un trouble thyroïdien d'autre part.

Enfin, plusieurs malades atteintes d'éclampsie puerpuérales, ont été traitées avec succès par l'extrait thyroïdien par Oliphant Nicholson qui les a publiées dans deux mémoires intitulés : *Eclampsie et glande thyroïde.*

L. Jumon.

L'apomorphine dans les convulsions puerpuérales, par Neal Kitchens (*Therapeutic gazette*, 15 août 1902). — Ayant eu plusieurs cas d'éclampie puerpuérale dans lesquels le traitement classique ne donna qu'un résultat incertain, l'auteur eut dans la suite recours à l'apomorphine qui, en dehors de son action émétique centrale est un puissant diaphorétique presque égal à la pilocarpine sans avoir comme elle l'inconvénient de prédisposer à l'œdème pulmonaire. Kitchens ne recommande pas d'ailleurs l'apomorphine comme un spécifique, mais comme un adjuvant à associer au traitement ordinaire. Il injecte sous la peau un centigramme de l'alcaloïde pour obtenir simplement l'effet sudorifique sans vomissements. On peut répéter les doses si c'est nécessaire. Le traitement a réussi dans les cas d'éclampie *post-partum* qu'il a observés.

L. Jumon.

Agents physiques et naturels.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Emploi des alcaloïdes de l'ipéca, par R. B. Wild. (*The Lancet*, 6 septembre 1902). — Il y a quelques années Wild a préconisé la substitution des sels céphaéline ou d'émétine aux préparations galéniques d'ipéca. On a alors proposé des préparations qui renferment la totalité des alcaloïdes de l'ipéca. Or, celles-ci sont défectueuses, parce qu'elles renferment des proportions très variables d'émétine et de céphaéline suivant la provenance des racines, d'où l'inégalité d'action du médicament. Depuis, on a obtenu des sels cristallisables de ces alcaloïdes qu'il est préférable d'employer à la place des préparations obtenues avec la racine. Wild s'est servi du chlorhydrate et du bromhydrate d'émétine qui peuvent être donnés à petites doses comme expectorant, dépresseur ou vomitif. Il est toujours mieux de prescrire ces alcaloïdes par la bouche, leur emploi sous forme d'injections hypodermiques exposant à l'irritation locale. La solution de ces alcaloïdes peut se conserver pendant longtemps, cependant il est bon de les soustraire à l'action de la lumière.

Le chlorhydrate de céphaéline est moins actif que les sels d'émétine dans les affections catharrales et la bronchite. Son action vomitive est tellement intense qu'il est très difficile de régler la dose pour obtenir l'effet voulu sans causer des nausées après quelques jours de traitement. Dans un cas une dose de 0.0006 toutes les quatre heures détermina des nausées et des vomissements au bout de trois jours. En même temps les effets sur les sécrétions nasales et bronchiques et l'action dépressive sur le pouls furent moins marquées qu'avec des doses non nauséeuses d'émétine. En outre les sels de céphaéline sont moins stables, leurs solutions brunissent au bout d'un certain temps. Les solutions alcooliques d'émétine sont au contraire très stables, et le bromhydrate d'émétine est le sel qui cristallise le mieux et semble le plus pur. Depuis deux ans Wild se sert d'une solution de bromhydrate d'émétine à 20 0/0 d'alcool contenant 0.06 par 30 grammes. Cette solution est très active, très stable; l'auteur en prescrit cinq à vingt gouttes comme expectorant et dépresseur, et de deux à cinq grammes comme émétique; comme sédatif et diaphorétique remplaçant la poudre de Dover, l'auteur se sert d'une solution contenant 1 0/0 de morphine et 1/500 de chlorhydrate d'émétine. Quant à l'acide ipécacuanhique à part une action vaso-constrictive admise par quelques auteurs, il paraît ne posséder qu'une faible activité.

L. Jumon.

L'arrhénal, par Thébault (*Bul. gén. de Thérapeutique*, 30 août 1902). — Nous retenons de cette importante étude les conclusions thérapeutiques.

Il est permis d'employer à haute dose d'emblée le méthylarsinate disodique, mais à la condition expresse d'en surveiller très attentivement les effets, et cela uniquement chez les sujets précédemment accoutumés à l'arsenic par l'usage antérieur d'un autre dérivé de ce métalloïde.

Dans la majorité des cas, il suffit quotidiennement de 2 à 3 centigrammes, pris au moment des repas.

Il est nécessaire d'apporter des interruptions dans le traitement qui est poursuivi pendant une semaine par exemple, et est interrompu pendant un temps égal pour être ensuite recommencé.

A part quelques coliques accusées de temps à autre par les malades d'une assez grande sensibilité, on n'observa jamais d'accident au cours du traitement.

On donnera de préférence l'arrhénal sous la forme de potion, soit seul, soit associé à l'opium, dans le but d'entraver les douleurs produites par les coliques en cas d'intolérance, et juguler dans la mesure du possible la diarrhée qui accompagne si souvent le début de l'intoxication.

L'auteur a eu recours aux formules suivantes :

Arrhénal.....	5	grammes
Eau distillée de menthe.	100	—

XXV gouttes par jour au maximum, en donnant X gouttes à chaque repas.

X gouttes contiennent 1 centigramme d'arrhénal. On peut encore formuler :

Arrhénal.....	0 gr. 08	
Extr. gommeux d'opium.	0 gr. 05	
Sirop de Limon.....	40	grammes
Hydrolat de tilleul. Q. s.	125	—

5 cuillerées à soupe *pro die* à intervalles égaux.

Parmi les observations personnelles de l'auteur, nous relevons un cas d'asthme essentiel qui fut traité par la potion suivante :

Arrhénal.....	0 gr. 05	
Sirop belladoné.... }	ãã 30	grammes
— thébaïque.... }		
Hydrolat de menthe. q. s.	125	—
Vanilline q. s. arom.		

A prendre une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Les accès d'asthme, qui se développaient de préférence pendant les jours d'orage furent supprimés. Le cas est trop récent et trop isolé toutefois pour permettre une conclusion.

En résumé, l'*arrhénal* a donné à l'auteur de brillants résultats dans tous les cas où l'arsenic était indiqué, et cela dans un temps beaucoup plus rapide que ne le fait le cacodylate et surtout la liqueur de Fowler. C'est à l'arrhénal que doit revenir la préférence, parmi toutes les préparations arsenicales que possède la thérapeutique actuelle.

E. Vogt.

Nouvelles données pour servir à l'étude clinique et thérapeutique de la levure de bière, par le Dr Luis Escarsell (*Revista de Medecina y Cirugia* n° 5, 1902). — Les déductions tirées des nombreuses observations de l'auteur sont les suivantes : 1° L'usage de la levure de bière, même à doses massives, ne comporte aucun danger ;

2° Dans la petite vérole, la levure diminue la durée de la maladie, car elle évite la période de suppuration staphylococcique des vésicules.

ainsi que les complications et déformations subséquentes ;

3° Dans l'érysipèle, la levure est le meilleur remède pour éviter la propagation de l'affection : la durée de la maladie est nettement diminuée, ce qui fait supposer qu'elle y excerce une action directe sur le streptocoque ;

4° La levure est indiquée dans tous les cas d'infection strepto ou staphylococcique, quelle que soit la forme clinique.

F. Berini.

La Lactophénine par le Dr J. Carp, *Les nouveaux remèdes*, 24 septembre 1902). — L'auteur rappelle que les expériences de Schmiedeberg ont démontré que la lactophénine agit comme l'antipyrine ou la phénacétine, c'est-à-dire en abaissant la température du corps comme chaque antithermique, et qu'elle détermine en outre une diminution de la sensibilité à la douleur, même un certain degré d'hypnose plus accentué que la phénacétine.

Le maximum d'effet est obtenu peu de temps après l'absorption, ce qui prouve que, si elle n'est pas très soluble, cependant la résorption se fait assez bien. La respiration et la circulation ne sont pas altérées.

Carp a pu reconnaître que l'abaissement de la température produit par la lactophénine chez les fébricitants est progressif et non brusque comme il a été noté par plusieurs auteurs ; un seul cas a fait exception.

Si la dose est élevée, les effets calmants deviennent évidents et après une demi-heure de l'administration du médicament on obtient un sommeil calme qui peut se prolonger de 5 à 8 heures ; au réveil on n'observe ni céphalalgies, ni vertiges comme avec les autres hypnotiques.

Cet effet sédatif sur le système nerveux fait de ce médicament un précieux élément, surtout là où les hypnotiques classiques sont contrindiqués ou restent sans effet.

La lactophénine a été administrée par l'auteur à diverses doses. Il conseille de la donner : comme antithermique à la dose de 0 gr. 50 jusqu'à 1 gr. 50, comme sédatif, à celle de 2-3 gr. par jour. On peut aller jusqu'à 5 et 6 grammes par jour. L'auteur l'administre en cachets, plus rarement en potion ; elle n'a pas donné l'occasion d'enregistrer aucun inconvénient.

Elle n'a aucune influence sur les battements du cœur ou sur la tension artérielle, la respiration aussi n'est pas altérée, on n'observe ni collapsus ni dyspée. La diurèse est normale.

Elle ne donne ni exanthèmes comme l'antipyrine, ni vomissements comme d'autres antipyrétiques, elle ne paraît pas être toxique.

On sait que quelques cas d'ictère ont été signalés après un emploi prolongé de ce médicament. L'auteur, en 3 ans et demi, n'a eu à signaler aucun inconvénient quelconque.

La lactophénine a été administrée dans toute les affections fébriles et surtout dans les formes ataxiques de la fièvre typhoïde.

L'auteur possède 36 observations de fièvres typhoïdes traitées par la lactophénine avec du benzonaphtol ; il n'a pas remarqué d'abréviation de la maladie, comme Jaksch le prétend, mais celle-ci a évoluée avec une température de 39° au maximum : tous les cas ont guéris.

Dans la fièvre tuberculeuse, surtout chez les enfants, l'auteur a eu de même des résultats excellents. Dans quelques névralgies grippales qui avaient résisté à tous les anesthésiques, la lactophénine a fort bien réussi.

En résumé, la lactophénine qui n'a pas un goût amer et désagréable, qui a des propriétés antithermiques et anti-névralgiques, peut figurer près de la phénacétine, de l'antipyrine, de l'antifébrine, etc., elle les surpasse peut être même, car elle possède les propriétés de ces substances sans avoir leurs inconvénients, et elle est très bien supportée par tous ceux qui ne peuvent prendre l'antipyrine ou la phénacétine.

E. Vogt.

La stypticine comme antiphlogistique local (*Monatsh. f. prakt. dermatologie, fasc.* 35 1902). — Kaufmann, ayant incorporé de la stypticine à des pommades, dans le but d'empêcher certaines tumeurs très vascularisées et enflammées de saigner facilement, s'aperçut qu'avec la contraction des vaisseaux, la stypticine provoquait en outre une régression des phénomènes inflammatoires. Il soumit dans la suite cette propriété à l'expérimentation, et se sert aujourd'hui de pommade contenant 5 0/0, en général, de stypticine pour combattre les dermatoses les plus diverses (inflammatoires surtout).

En cas d'ulcérations étendues, il faudrait se garder d'employer ce topique à hautes doses, crainte d'intoxication.

Ce sont surtout les furoncles qui bénéficient de ce traitement : les petits avortent au bout de quelques jours d'application de stypticine, les gros se vident facilement après extraction du bourbillon à la curette. L'auteur n'a jamais eu besoin de faire des incisions ; la guérison s'obtient toujours sans complications.

En cas de lymphangites à la suite des piqûres d'insectes, de tournioles, etc., on obtient rapidement la guérison sans autre intervention que l'application de vaseline stypticinée.

Dans certains abcès, à cavités anfractueuses, on peut se servir de bâtonnets à la gélatine contenant 0 gr. 05 de stypticine.

Dans les diverses variétés de l'eczéma aigu, la vaseline stypticinée active sans aucun doute la guérison; dans l'eczéma chronique, les effets sont nuls.

Dans le zona, les résultats sont remarquables; dans l'acné, pas de résultat. Les engelures s'améliorent nettement.

En résumé l'action thérapeutique anti-inflammatoire s'exerce dans les dermatites aiguës, mais ne se produit pas quand le tégument cutané a déjà subi des modifications pathologiques.

E. Vogt.

L'héroïne (*Thérapeutique Moderne Russe*, n° 6, 1902). — En se basant sur toute une série d'observations, Quinewitsch formule au sujet de l'héroïne les conclusions suivantes :

1° L'héroïne calme très bien la toux, et diminue en même temps la sensation d'oppression et les points de côté ; cette action calmante résulte très probablement de la diminution d'extension de la cage thoracique ;

2° Comme calmant l'héroïne est de beaucoup inférieure à la morphine et à la codéine; son action est peu énergique et incertaine;

3° L'héroïne est préférable à la morphine, d'abord parce que les accidents, qui peuvent être provoqués par l'héroïne sont moins fréquents et moins graves que ceux provoqués par la morphine, ensuite parce que les malades s'y habituent moins rapidement qu'à la morphine; on peut donner l'héroïne pendant des mois, et si l'on remarque que son action est devenue moins énergique, il suffit de suspendre son administration pendant quelque temps pour que les doses initiales redeviennent efficaces. Enfin, troisième avantage, le plus important peut être de l'héroïne, c'est qu'on n'a pas à redouter d'héroïnomanie;

4° L'héroïne exerce une action excellente dans la dyspnée déterminée par une affection des voies respiratoires; elle agit moins bien dans d'autres formes de dyspnée;

5° A la dose habituelle (cinq milligrammes, trois fois par jour) l'héroïne n'exerce aucune action défavorable ni sur le cœur ni sur les vaisseaux ;

6° L'héroïne est très bien supportée même à l'âge avancé.

Roubleff.

Amyloforme (*Thérapeutique Moderne Russe*, n° 4, 1902). — Ordine a employé avec grand succès l'amyloforme dans toutes sortes de plaies, d'ulcères (surtout de la jambe), dans les fissures du sein, les brûlures, les abcès, les phlegmons, etc.

L'amyloforme, combinaison chimique d'amidon et de formaldéhyde représente une poudre blanche sans odeur, absolument insoluble, se décomposant, lorsqu'elle vient en contact avec les sécrétions de plaies et ulcères sur les tissus. Cette décomposition a pour résultat l'élimination de l'aldéhyde formique, et c'est ce formol libre qui exerce l'action antiseptique. L'amyloforme est employé soit en nature soit incorporé à de la gaze. Cette dernière est stérilisée à la vapeur après avoir été imbibée de l'émulsion suivante :

Amyloforme.....	5 à 10 grammes
Glycérine.....	10 grammes
Esprit de vin.....	50 —
Ether.....	70 —
Huile de ricin.....	0 gr. 50

J. Roubleff.

Valeur thérapeutique de l'amyloforme comme succédané de l'iodoforme (*Therap. Monatshefte* octobre 1902). — Gerlach rappelle que l'amyloforme, combinaison chimique définie de l'amidon et de l'aldéhyde formique, est une poudre blanche légère et impalpable, absolument inodore, insoluble, non toxique, et que l'on peut chauffer à 180° C. sans qu'elle se décompose. Ces nombreuses qualités permettent de l'utiliser principalement dans des cas de plaies sanieuses, suppurantes, de grande étendue (ulcères de jambe, intertrigo par exemple). On n'observe jamais de formation de croûtes, d'irritation du pourtour des plaies, d'eczéma : quelques malades très sensibles accusent seuls une légère cuisson aux points d'application.

Les furoncles traités par incision, curettage et application consécutive d'amyloforme, avec pansement humide qu'on change une fois par jour, guérissent avec une grande rapidité.

Dans les cas de caries osseuses d'origine tuberculeuse, on peut sans hésitation employer l'amyloforme, ainsi que pour panser des plaies consécutives aux opé- rations dans la région anale (fistules, hémorroïdes).

Enfin, des eczémas suintants, même d'origine professionnelle, se sont rapidement transformés entre les mains de l'auteur sous l'influence de ce topique.

Depuis deux ans, Gerlach n'utilise plus d'iodoforme dans sa pratique et n'a jamais eu lieu de regretter ce dernier.

E. Vogt.

Sur la prescription de substances chimiquement incompatibles (*Thérapeutique Moderne Russe*, n° 2, 1902). — Kalnine insiste sur ce qu'il

y a d'irrationnel dans certaines formules pharmaceutiques, employées couramment.

1° Le nitrate d'argent ne doit pas être prescrit en même temps que l'acide chlorhydrique, les chlorures, les carbonates, les sels d'iode, l'essence d'amandes amères, les teintures, les extraits, le tannin et en général les substances organiques qui, sous l'influence de la lumière et de l'humidité, provoquent la décomposition des sels d'argent avec précipitation de l'argent métallique. Et pourtant on rencontre très souvent des ordonnances de pilules, contenant à côté du nitrate d'argent, la codéine, l'opium, etc. D'un autre côté le protargol qui constitue une combinaison d'argent et d'albumine, peut fort bien se dissoudre dans une solution de chlorure de sodium. Cette solution ne paraît irrationnelle qu'au premier abord, en réalité elle s'explique par ce fait que l'argent du protargol ne se précipite pas par le chlorure de sodium.

2° Le calomel ne doit pas non plus être mélangé avec les sels acides, les alcalins, l'eau de chaux, l'iodure de potassium, les extraits végétaux et l'antipyrine. La manière habituelle de prescrire le calomel mélangé avec du sucre est irrationnelle, car au bout d'un certain temps, prolongé il est vrai, le calomel ainsi préparé se décompose en sublimé et mercure métallique.

3° Il est également irrationnel de prescrire le sel de Bertollet et le permanganate de potasse avec des substances organiques — et cependant jusqu'à présent tous les médecins n'observent pas cette règle.

4° Il en est de même pour les solutions d'arséniate de soude ou de potasse, prescrites avec des sels d'alcaloïdes (comme, par exemple, la cocaïne).

Kalnino après avoir indiqué bien d'autres formules pharmaceutiques irrationnelles insiste sur la nécessité qu'il y aurait à faire travailler les étudiants en médecine dans les pharmacies de façon à leur apprendre le maniement des médicaments.

J. Roublepf.

Le lavement électrique. Indications et contre-indications, par Zimmern (*Presse Médicale*, n° 80, p. 953, 1902). — Bien administré, selon les règles, le lavement électrique n'est pas dangereux.

Le plus souvent le diagnostic de la cause de l'occlusion est impossible; cependant, malgré l'ignorance où l'on se trouve de la cause des accidents, le lavement électrique peut et doit être employé.

Forme aiguë. — Dans la pratique, on n'a eu recours le plus souvent au lavement électrique qu'après avoir perdu un temps précieux à épuiser les moyens médicaux (purgatifs, opium, lavements, entéroclyse) et lorsque les vomissements fécaloïdes se sont produits, ce qui indique déjà une situation très grave.

L'indication principale est d'employer dès le début le lavement électrique. Un premier lavement sera donné sur le champ; un second à trois ou quatre heures de distance; sous aucun prétexte le chiffre de trois séances ne devra être dépassé. Ce n'est que si l'une des deux premières applications a amené l'émission de quelques matières ou de quelques gaz qe l'électrisation pourra, sans hésitation aucune, être répétée jusqu'à la débâcle, et celle-ci dans la généralité des cas, si elle doit se produire, ne se fera pas attendre, au delà de la troisième ou quatrième séance.

Forme chronique. — Dans la forme chronique on peut employer les divers moyens médicaux avant d'avoir recours à l'électrisation. Celle-ci pourra être répétée jusqu'à trois reprises, à sept heures de distance l'une de l'autre.

Dans d'autres circonstances un diagnostic de probabilité a pu être porté.

Cas aigus. — Le plus souvent il s'agit d'un étranglement de l'intestin, soit par bride, hernie interne, volvulus ou coudure, si le sujet est un adulte; soit par invagination, si le sujet est un enfant au-dessous de quatre ans.

Sur la conduite à tenir chez l'adulte les avis diffèrent; quelques-uns considérant qu'il s'agit parfois d'étranglements peu serrés ou de volvulus peu tordus, sans adhérences encore, dont le nœud, peut se défaire sous l'influence des contractions intestinales admettent que l'on peut avoir recours au lavement électrique.

Celui-ci peut être également employé dans le cas d'invagination lorsqu'on est appelé dans les vingt-quatre heures qui suivent le début des accidents. En tout cas, l'échec de ce moyen commande la laparatomie dès la fin du deuxième jour.

Cas chroniques. — Le rétrécissement cicatriciel est en tous points justiciable du traitement électrique (occlusion chez les sujets jeunes ayant eu manifestement une atteinte antérieure de tuberculose intestinale, de dysenterie ou de fièvre typhoïde). Presque toujours le résultat sera favorable.

En cas d'occlusion par compression (tumeur utérine ou ovarique) ou de rétrécissement cancéreux, le lavement électrique ne peut être regardé que comme un moyen palliatif, nécessaire si l'opération radicale est contre-indiquée, impossible ou refusée ; utile si, l'opération ayant été acceptée, on veut mettre autant que possible le malade à l'abri des chances d'infection auxquelles on s'expose en ouvrant un intes-

tin rempli de matières en fermentation; utile encore pour diminuer par d'abondantes évacuations le stercome et rendre possible une intervention que l'état du malade n'eut pas permis d'entreprendre.

Le lavement électrique est le traitement de choix dans les obstructions stercorales qui se rencontrent chez les aliénés, les hystériques, les paralytiques généraux et très fréquemment chez les vieux constipés.

Sont encore justiciables du lavement électrique les formes d'occlusion par paralysie réflexe de l'intestin que les auteurs rangent dans la catégorie des pseudo-étranglements (Duchaussoy, Henrot) ou rétrécissements sans lésion matérielle et qu'on observe :

a) A la suite de certaines contusions de l'abdomen, des entérites aiguës, coliques néphrétiques ou hépatiques.

b) A la suite des grandes opérations abdominales, de la laparotomie, de l'hystérectomie, occlusions post-opératoires qui se traduisent par vomissements, état bilieux, état général grave et où les purgatifs sont sans action et presque toujours vomis.

c) Dans certaines péritonites chroniques qui ne se traduisent cliniquement que par des signes d'occlusion.

d) Dans certains états morbides presque inexplicables où l'on ne peut invoquer que l'étiologie *a frigore*.

Dans ces différentes formes le lavement électrique occupe au point de vue thérapeutique la première place, la chirurgie passe au second rang.

Il est indiqué dans ces cas, de poursuivre l'électrisation sous forme de courants percutanés interrompus ou ondulés, après avoir obtenu une débacle, dans le but de rendre à l'intestin la tonicité qui lui manque.

Contre-indications du lavement électrique : la péritonite par perforation; l'imminence de la perforation, c'est-à-dire la gangrène de la paroi intestinale, qui d'ailleurs ne peut être que soupçonnée; l'appendicite et l'asthénie cardiaque (pouls misérable, précipité, intermittent), l'affaiblissement extrême.

G. Lyon.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

FORMALDÉHYDE; FORMOL; TRIOXYMÉTHYLÈNE

A. Formaldéhyde.

Syn. — Formol ou aldéhyde formique. H — CoH.

Propr. phys. et chim. — Gaz, très soluble dans l'eau et l'alcool. Désinfectant de premier ordre à l'état de vapeurs; n'attaque pas les métaux.

On utilise : 1° les vapeurs d'aldéhyde formique; 2° la solution aqueuse à 40 0/0, à qui l'on doit réserver le nom de formol du commerce ou formaline; 3° le trioxyméthylène.

Propr. et indic. thér. — Pour la désinfection des locaux on obtient le formol gazeux en oxydant les vapeurs d'alcool méthylique au moyen d'une toile de platine portée à l'incandescence (lampe formogène) ou encore en chauffant le trioxyméthylène qui se dédouble en formol.

B. Formol.

Liquide incolore, de densité très supérieure à celle de l'eau, d'une odeur de souris et très irritante, soluble dans l'eau.

Prop. et indic. thérap. — Antiseptique très énergique, non toxique, mais très irritant, employé surtout dans la thérapeutique dentaire et pour les lavages de la bouche, pour la stérilisation des instruments ou de certains objets de pansement (éponges, drains, sondes, soies, etc.).

Formes Pharm. Posol. — Usage externe : Solutions à 0 gr. 25 à 0 gr. 50 0/00 en gargarismes, lotions, injections vaginales. Solution à 5 0/00 pour la stérilisation des instruments.

(Les solutions à 1 0/00 sont déjà très irritantes, notamment pour les conjonctives).

Formules

Mixtures :

Formol	4	grammes
Essence de géranium	2	—
Alcool à 80°	4	—

Pour le pansement de la carie dentaire.

Formol	5	grammes
Alcool à 90° }	ãã 10	grammes
Eau }		

En application rapide sur les points piqués par les moustiques.

(Manquat)

Acide acétique cristallisable	6 grammes
Formol	3 —
Essence d'amandes amères	q. s.
Alcool à 66°	200 grammes

En frictions tous les matins.
(Pelade de la moustache. Brocq).

Formol	2 grammes
Teinture de quinquina	60 —
Glycérine	60 —
Essence de menthe	2 —
— d'anis étoilé	1 gr. 50
— de girofle	ãã 1 gramme
— de cannelle	
Alcool à 80°	100 grammes

Quelques gouttes dans un verre d'eau.
(Dentifrice Quintin).

Solution alcoolique pour l'antisepsie et la désinfection :

Formol à 40 0/0	25 grammes
Teinture d'eucalyptus	25 —
Alcool à 80° q. s. pour	200 —

2 c. par litre d'eau pour désinfection (faire évaporer).

C. Trioxyméthylène

Syn. — Formol tricondensé $(H—COH)^3$.

Propr. phys. et chim. — Poudre cristalline qui se dépose des solutions concentrées de formol, même à froid, se décompose en régénérant trois molécules d'aldéhyde formique.

Propr. et indic. thér. — Sert à la stérilisation des instruments et notamment des sondes.

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Institut Pasteur municipal de Bordeaux — M. le Dr Lande, maire de Bordeaux, vient de réorganiser les divers services municipaux consacrés à la lutte contre les maladies infectieuses. On sait que depuis plusieurs années la Municipalité bordelaise s'est attachée, par des créations successives, à combattre effectivement et à prévenir ces maladies; outre le Service de la vaccine, la Mairie a établi un Service antidiphtérique dont tout le monde utilise et apprécie la haute valeur, un Service antirabique dont le renom s'étend chaque jour dans le Sud-Ouest, enfin un un Service antituberculeux qui est encore à ses débuts.

Désormais, ces diverses organisations seront réunies sous le nom d'Institut Pasteur. A la tête de cet Institut sera placé M. le professeur Ferré, que sa légitime notorieté comme bactériologiste désignait sans conteste pour cet emploi. Les brillants travaux qui sortent chaque année de son laboratoire, le dévouement avec lequel il assure chaque jour la préparation du sérum antidiphtérique et le diagnostic des produits pseudo-membraneux soumis à son appréciation, les immenses services qu'il a de cette façon rendus au Corps médical, aux hôpitaux, à la population de Bordeaux, sont trop connus pour qu'il soit utile d'y insister.

Son élève M. Buard, qui, depuis près de deux ans, a présidé avec lui à la préparation et à l'inoculation des moelles antirabiques, sera chef des laboratoires de la diphtérie et de la rage.

M. Hobbs, professeur agrégé à la Faculté et médecin des hôpitaux, qui commence déjà à organiser le Service antituberculeux, est en outre chargé du Service de la vaccine, en remplacement de M. le professeur Layet.

Cette création à Bordeaux d'un Institut Pasteur, dont les principaux fonctionnaires appartiennent au Corps enseignant de la Faculté de Médecine, est une nouvelle preuve de la sollicitude avec laquelle la Municipalité s'intéresse aux questions d'hygiène publique et de la bonne harmonie qui règne entre elle et la Faculté.

Unification des Pharmacopées. — Un premier pas va être tenté dans la voie de la création si désirable d'une Pharmacopée internationale. Le ministre de l'Agriculture de Belgique prend l'initiative de réunir une conférence où sera discutée l'unification des formules des préparations médicamenteuses héroïques.

Dans une étude parue sur la nouvelle Pharmacopée belge parue dans la *Scalpel*, 8 décembre 1901, on a signalé les écarts de dosage et d'activité existant actuellement de Codex à Codex pour

diverses préparations héroïques. Il s'en suit un réel danger à faire exécuter dans un pays une prescription formulée par un médecin d'un autre pays.

L'Allemagne, l'Autriche-Hongrie, la Bulgarie, le Danemark, l'Espagne, les Etats-Unis, la France, la Grande-Bretagne, la Grèce, l'Italie, le Grand-Duché de Luxembourg, la Norwège, les Pays-Bas, le Portugal, la Russie, la Suisse et la Turquie seront représentés à la conférence de Bruxelles.

La délégation belge sera composée de délégués de l'Académie royale de médecine, de délégués de la Commission de la pharmacopée officielle et de fonctionnaires désignés par le ministre de l'Agriculture.

Relations entre médecins italiens et allemands. — Le Dr Galli de Rome voudrait voir se resserrer davantage encore les relations, actuellement plutôt d'ordre scientifique, qui existent entre les médecins d'Allemagne et d'Italie. Il propose la fondation d'un comité auquel pourraient s'adresser les confrères des deux pays, désireux de faire plus intime connaissance. Les médecins et leurs familles s'hébergeraient réciproquement, et l'on demanderait aux gouvernements respectifs des diminutions de frais de transport.

BIBLIOGRAPHIE

La Démence précoce, par le Dr G. Deny, médecin de la Salpêtrière, et P. Roy, interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 de 96 pages avec 11 photographies, cartonné (*Actualités médicales*) : 1 fr. 50 (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Parmi les psychoses que l'on observe communément, sinon exclusivement, chez les jeunes gens, il en est une, qui, en raison de ses caractères spéciaux, de sa fréquence et de sa gravité, mérite de retenir particulièrement l'attention; nous voulons parler de la *démence précoce*.

Bien qu'elle ait été signalée il y a déjà plusieurs années, et que son existence ait été consacrée par un grand nombre de travaux, cette affection n'est pas encore admise, comme entité clinique, par tous les aliénistes, les uns la considérant comme une manifestation tardive de la dégénérescence mentale, les autres comme une simple complication des diverses vésanies qui peuvent s'observer au moment de l'adolescence, comme à toutes les autres périodes de la vie.

MM. Deny et Roy croient que, malgré le polymorphisme de ses symptômes, la démence précoce constitue une affection autonome, à évolution spéciale, qui doit être définitivement détachée du bloc des psychoses dites de *dégénérescence* et qui mérite d'occuper une place au moins aussi importante que la paralysie générale dans le cadre des maladies mentales.

Quoi qu'il en soit, en dehors du point de vue doctrinal et des controverses suscitées par l'apparition d'une nouvelle forme morbide, il leur a paru qu'il y avait un véritable intérêt à vulgariser, dès aujourd'hui, cette notion de la démence précoce, qu'ils ont faite aussi claire et simple que possible, afin de la rendre accessible à tous.

Ils distinguent trois grandes variétés de démence précoce : 1° la forme hébéphrénique ou maniaque; 2° la forme catatonique ou stupide; 3° la forme paranoïde ou délirante. Puis ils étudient l'évolution de la maladie, son diagnostic et son pronostic, les causes dont elle paraît dépendre, les lésions auxquelles on l'a rattachée, enfin les applications médico-légales et thérapeutiques qu'elle suggère.

Guide formulaire de thérapeutique générale et spéciale, par le Dr Herzen, 2e édition, 1 vol. in-18 de 706 pages, cartonné : 7 fr. 50. — Edition de luxe sur papier de riz indien, relié en maroquin souple, tête dorée : 10 fr. Poids ; sur papier ordinaire, 700 grammes ; sur papier indien, 200 grammes (librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Le formulaire du Dr Herzen est conçu dans un esprit très pratique qui lui a assuré dès son apparition un succès sans précédent auprès des étudiants et des praticiens. Ce formulaire a pour but de donner au médecin un schéma des cas particuliers qu'il peut être appelé à soigner, Les formules sont simples et bien choisies

L'auteur a adopté l'ordre alphabétique des maladies, qui permet facilement de s'orienter dans un cas donné sans perdre du temps en recherches. La thérapeutique de chaque maladie embrasse les diverses phases qui demandent un traitement spécial, les diverses formes, les complications, les symptômes dominants. Un des graves défauts des formulaires de ce genre était l'absence de toute indication de thérapeutique chirurgicale, c'est là une lacune que comble ce formulaire, M. Herzen a donné la préférence aux moyens recommandés par les professeurs de la Faculté et par les médecins des hôpitaux de Paris, tout en faisant une large place aux traitements que prescrivent les cliniciens étrangers les plus renommés.

Il a paru bien des formulaires depuis quelques années. Il n'en existe pas d'aussi pratique que celui du Dr Herzen, où il soit tenu compte dans une aussi large mesure des indications si variées qui peuvent se présenter dans le cours d'une même maladie,

La 2e édition a été entièrement refondue et considérablement augmentée (elle comprend 706 pages au lieu de 431). L'auteur a tenu grand compte de la rénovation qui s'accomplit de nos jours dans les méthodes thérapeutiques : thérapeutique pathogénique, thérapeutique compensatrice, thérapeutique préventive, agents physiques, sérothérapie, opothérapie — et a cru devoir même suivre le mouvement qui entraîne actuellement la médecine vers la chirurgie dans le traitement de nombreuses affections considérées jusqu'à ces dernières années comme de son ressort exclusif. — Enfin la plus large place a été faite aux médicaments nouveaux introduits en thérapeutique pendant ces dernières années.

De la prophylaxie des affections vénériennes, par le Dr E. Moreau. Une brochure in-12, 1 franc. Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.

Ce petit opuscule a pour objet de restreindre les maladies vénériennes par la connaissance mise à la portée de tous des moyens les plus propres à les enrayer.

Nous souhaitons que ceux qui le liront dans un but de protection personnelle mettent à profit les conseils qu'il renferme, et que les autres veuillent bien aider l'auteur dans la mesure de leurs moyens à faire prévaloir les réformes d'une utilité sociale incontestable qu'il préconise.

De la détermination des pouvoirs publics en matière d'hygiène, par A. Filassier, docteur en droit, rédacteur principal à la Préfecture de la Seine, (in-8o, 2e édition revue et augmentée. Paris, J. Rousset).

Le titre de cet intéressant volume de 500 pages indique bien l'intérêt des matières qui y sont traitées. Leur connaissance s'impose, et il faut savoir gré à l'auteur d'avoir réuni les notions acquises à ce sujet. Il faut surtout le féliciter de présenter l'état actuel de ces questions d'une façon fort complète en même temps que très claire et très précise. On constate chaque jour que les pouvoirs publics commencent à se préoccuper moins théoriquement de la santé des populations. Les commissions créées à l'effet de rechercher les causes de la dépopulation ou de la tuberculose, d'éviter certaines maladies, etc., indiquent nettement cette orientation et le désir général d'agir efficacement. Au milieu de leurs occupations journalières, les médecins ont bien, par la lecture de leurs journaux, quelques vagues indications sur toutes ces matières : cela ne suffit pas. Le rôle du médecin se transforme, il devient un directeur de la santé et, comme tel, il ne lui est plus permis d'ignorer les règles d'hygiène, les lois en discussion ou votées, les devoirs de l'individu et des collectivités. Le livre de M. Filassier, dont je recommande la lecture, mettra immédiatement au courant du fonctionnement et de l'esprit des lois concernant l'hygiène.

Nlle Imprimerie. E. Lasnier directeur. 35 37 rue St-Lazare. Paris *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

A qui appartient une prescription médicale ? (*Rép. de pharmacie*, 10 septembre). — Voici dans quels termes Carles traite cette question qui a été discutée récemment par la Société de pharmacie de Bordeaux Cette Société a été d'avis qu'une prescription appartient à celui qui l'a payée à un médecin consultant; cet avis est si bien partagé par la généralité du corps pharmaceutique, que, dans toutes les grandes villes de France, les ordonnances sont rendues au malade avec les médicaments. Le pharmacien se contente d'en prendre copie sur un registre *ad hoc* et d'y apposer la griffe de la maison.

Cette règle comporte toutefois diverses exceptions

Ainsi, dans les campagnes, l'usage est tout opposé, et, dans les petites villes, on pratique un système mixte. En voici les motifs :

Dans les campagnes, les médecins indiquent peu par écrit la façon d'employer les médicaments; ils n'ajoutent guère de *direction*, comme disent les Anglais, surtout lorsque le malade est illettré. Aussi, dans ce cas, la prescription intéresse-t-elle peu le malade lui-même; les termes lui sont inconnus; le papier ressemble à tous ceux ceux de la maison ; il pourrait y avoir méprise tôt ou tard et il préfère laisser la prescription chez le pharmacien, où elle est classée et tenue à sa disposiiton.

Enfin, ce genre de clients aimant bien les longs crédits, le pharmacien est intéressé, de son côté, à garder les prescriptions, vu qu'elles peuvent constituer, entre ses mains, une justification de ses réclamations et même une sorte de nantissement moral.

Avec les administrations et les Sociétés de secours mutuels, les ordonnances ne sont jamais rendues aux malades eux-mêmes ; elles sont conservées par le pharmacien jusqu'à la fin du trimestre courant, comme pièces à l'appui de son mémoire. A ce moment, elles sont rendues à celui qui réellement les paye.

Au dire de certaines personnes n'ayant jamais pratiqué la profession, ce passage de l'ordonnance dans des mains tierces constitue une violation du secret professionnel ; car, à la lecture d'une prescription, un administrateur-comptable peut pressentir l'existence de certaines maladies. L'objection est exacte. Mais on peut faire observer qu'avant d'accepter les statuts de la Société, le malade a su qu'il en serait ainsi. Et d'ailleurs, s'il veut cacher sa maladie, il lui est toujours loisible de payer lui-même le médicament et de rentrer en possession de sa prescription. Mais nous n'avons jamais ouï dire qu'il se soit jamais produit aucune difficulté sur ce point. Lorsqu'un sociétaire devient malade, il sait très bien que la Société connaîtra la nature de son mal. Le cacher, ce serait se priver de veilleurs compétents, ce serait renoncer à l'indemnité journalière de maladie, ce serait enfin une façon d'indisposer le président, qui a le devoir d'indiquer tous les ans au ministre les maladies dont les sociétaires ont le plus souffert.

Quant à l'ordonnance momentanément déposée chez le pharmacien il est entendu qu'elle est là au secret absolu, et qu'en dehors de l'autorité judiciaire, nul n'a le droit d'en requérir communication, pas même celui qui l'a signée.

Lorsque cette ordonnance a été remise entre les mains de l'administration de la Société, il est expliqué que le pharmacien n'en est plus responsable et qu'il n'a plus lui-même le droit de la réclamer. Pour la sauvegarde de ses intérêts, la copie qu'il a dû en garder sur ses livres suffit, jusqu'à preuve contraire.

Enfin, il est une autre circonstance où le pharmacien a le droit et même le devoir de ne pas rendre une prescription médicale c'est lorsqu'il a été commis par le signataire une erreur, un lapsus important, que le pharmacien n'a, d'ailleurs, pas le droit corriger.

Rendre alors l'ordonnance, même sans l'avoir exécutée c'est exposer après soi un confrère distrait, un élève novice, à ne pas relever l'erreur et à livrer un remède qui peut être nuisible et même funeste au malade ; c'est porter à la connaissance de plusieurs personnes compétentes la faute qui a été commise par le médecin ; c'est coopérer au discrédit que celui-ci peut en éprouver c'est se dessaisir naïvement d'une sauvegarde légitime, lorsque (ce qui est très exceptionnel)

celui qui a commis l'erreur, dûment avisé, ne veut pas en convenir et insiste pour que la prescription soit exécutée telle quelle.

Mais il est entendu que, dans ce dernier cas, si le malade la réclame, copie certifiée conforme doit lui être remise.

L'hygiène des ateliers. — Par un décret en date du 6 août, rendu sur la proposition du ministre du commerce, l'article 4, paragraphe 1er du 10 mars 1894 est modifié ainsi qu'il suit :

« Les cabinets d'aisance ne devront pas communiquer directement avec les locaux fermés où seront employés les ouvriers : ils seront éclairés et aménagés de manière à ne dégager aucune odeur. Le sol et les parois seront en matériaux imperméables, les peintures seront d'un ton clair ».

L'hygiène des bureaux de Poste. — L'attention du Conseil supérieur d'hygiène belge avait été attirée sur la nécessité de désinfecter périodiquement les sacs à dépêches de l'administration des postes, afin de garantir le personnel appelé à les manipuler contre la contagion de certaines maladies, notamment la tuberculose. Ces sacs, de grosse toile de chanvre, subissent une souillure et néanmoins l'emploi n'en est limité que par l'usure. On se fera une idée du nombre de sacs en circulation dans le pays si l'on sait qu'à la Poste de Bruxelles il en passe journellement cinq cents.

La commission d'étude, instituée par le conseil, n'a pas tardé à reconnaître la difficulté qu'il y aurait à procéder fréquemment à la désinfection d'un matériel aussi considérable.

Elle estime que pour réduire, dans la mesure du possible les chances de souillures auxquelles les sacs sont exposés, il conviendrait : de les confectionner en un tissu doué d'une faible porosité et rendu imperméable ; d'interdire le jet des sacs sur le sol des quais, salles et bureaux ; d'entretenir dans le plus grand état de propreté les véhicules qui servent à les transporter. La ventilation des bureaux de Poste devrait être l'objet de soins particuliers, l'usage de crachoirs de poche prescrit aux employés souffrant d'affections chroniques des voies respiratoires. Enfin, il serait utile d'établir la statistique des cas de tuberculose pulmonaire dans le personnel des Postes.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS, 6e

RECENTES PUBLICATIONS

Les Armes blanches, *leur action et leurs effets vulnérants,* par les Drs H. NIMIER, médecin principal de deuxième classe, professeur au Val-de-Grâce, et Ed. LAVAL, médecin major de deuxième classe, 1 volume in-12, avec 39 gravures dans le texte..... 6 fr.
Les Projectiles des armes de guerre, *leur action vulnérante,* par *les mêmes,* 1 volume in-12 avec 36 gravures dans le texte..... 3 fr.
Les explosifs, les poudres, les projectiles d'exercice, *leur action et leurs effets vulnérants,* par *les mêmes,* 1 volume in-12, avec 18 gravures dans le texte..... 3 fr.

De l'infection en chirurgie d'armée, *évolution des blessures de guerre,* par *les mêmes.* 1 volume in-12 avec gravures dans le texte..... 6 fr.
Traitement des blessures de guerre, par *les mêmes.* 1 volume in-12 avec 52 gravures dans le texte. 6 fr.

COLLECTION MÉDICALE

Volumes in-12, cartonnés à l'anglaise, à 4 francs et à 3 francs

Envoi franco contre mandat-poste

COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

par M. le professeur Félix TERRIER membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien de la Pitié.

Petit Manuel d'Antisepsie et d'Asepsie chirurgicales, par les docteurs FÉLIX TERRIER et M. PÉRAIRE ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-12, avec gravures, cartonné à l'anglaise..... 3 fr.
Petit Manuel d'Anesthésie chirurgicale, par *les mêmes.* 1 vol. in-12, avec gravures, cartonné à l'anglaise..... 3 fr.
L'Opération du Trépan, par *les mêmes.* 1 vol. in-12, avec 222 gravures, cartonné à l'anglaise.... 4 fr.
Chirurgie de la Face, par les docteurs FÉLIX TERRIER, GUILLEMAIN, chirurgien des hôpitaux et MALHERBE, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-12, avec 214 gravures..... 4 fr.
Chirurgie du Cou, par *les mêmes.* 1 vol. in-12, avec 101 gravures, cartonné à l'anglaise..... 4 fr.
Chirurgie du Cœur et du Péricarde, par les docteurs FÉLIX TERRIER et REYMOND, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-12, avec 79 gravures, cartonné à l'anglaise..... 3 fr.
Chirurgie de la Plèvre et du Poumon, par *les mêmes,* 1 volume in-12 avec 67 gravures, cartonné l'anglaise..... 4 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

Notes sur la Pathologie générale des dermatoses.

CHAPITRE I

CONSIDÉRATIONS SOMMAIRES SUR LA PATHOLOGIE GÉNÉRALE DES DERMATOSES

par le Dr E. Leredde.

Ancien interne des hôpitaux Directeur de l'Etablissement dermothérapique de Paris.

L'intérêt puissant que présente la dermatologie aux dermatologistes est dû à des causes multiples et d'abord à la possibilité, pour l'observateur, de suivre les processus morbides dans leur évolution la plus intime, à l'œil nu et même par l'examen microscopique; il est dû, bien plus encore, à mon avis du moins, aux rapports intimes que présente la dermatologie avec la pathologie générale et qui sont plus intimes même que ceux de toute autre branche de la médecine, car nulle part nous ne pouvons étudier, avec les mêmes facilités, l'action des causes pathogènes sur les tissus envisagés dans leur ensemble, les effets des différents agents, des différentes causes morbides.

Si, à l'heure actuelle, il est impossible d'étudier complètement l'étiologie et la pathogénie de la plupart des dermatoses, il n'en est pas moins vrai que, pour aucune affection en dehors des affections cutanées, nous n'avons de lumières aussi nettes sur le mécanisme des maladies; l'analyse que nous ferons plus loin le prouvera, j'espère.

D'autre part, la thérapeutique locale des dermatoses a pris, peu à peu, un développement considérable; elle est arrivée à un degré de perfection extrême; nous pouvons saisir sur le vif l'action directe, les effets locaux des agents thérapeutiques, et en suivre les effets de la manière la plus minutieuse.

Ces généralités nous permettent de comprendre combien il peut être intéressant, au point de vue de la biologie générale, d'étudier l'action des eaux minérales sur des processus morbides que nous connaissons dans leurs détails anatomiques, souvent dans leurs facteurs étiologiques, parfois dans leur mécanisme pathogénique.

Les eaux minérales sont des modificateurs puissants qui agissent à la fois sur les tissus et sur les humeurs, et, pour apprécier leur rôle dans les dermatoses, il faut d'abord se rendre compte que, chez un malade atteint d'une maladie de la peau, une eau minérale peut agir sur le système sanguin, sur le système nerveux, sur chaque organe en par-

ticulier et même sur l'état de nutrition générale de l'organisme, souvent modifié d'une manière acquise ou héréditaire, individuelle ou transmise chez les malades atteints d'affections cutanées, non moins que sur la peau elle-même.

Je suis ainsi amené à énumérer d'une manière sommaire les causes de dermatoses, à étudier le mécanisme de leur action et à les classer avant de m'occuper de l'action des eaux minérales dans les dermatoses. C'est le seul moyen de comprendre les règles générales qui président à leur application.

Il n'existe pas, à l'heure présente, de classification dermatologique qui puisse être admise ou qui soit admise par tous les dermatologistes, cependant ceux-ci s'entendent à peu près, au moins en France, sur l'impossibilité d'établir une classification anatomique.

Les anciens systèmes fondés sur l'anatomie pathologique macroscopique, les plus récents fondés sur l'anatomie microscopique ont fait faillite; l'effort des dermatologistes les plus éminents, des histologiques les plus raffinés ne peut permettre de bâtir un système qui résiste à la critique, et ni Willan, ni Rayer, ni Hebra, ni Auspitz, ni Unna, n'ont pu édifier des constructions stables. La raison se comprend : *Une classification anatomique ne doit pas être en contradiction avec l'étiologie.* Or, une même cause peut produire sur la peau des effets différents, au moins en apparence, suivant l'intensité de son action, et qui pourront faire croire à des maladies distinctes ou à des lésions différentes. D'autre part, nous ne sommes absolument pas fixés sur les sens du mot « inflammation », et le groupe des dermatoses inflammatoires, le plus étendu de tous, ne peut, par suite, être établi d'une manière réelle. Nous sommes forcés, aujourd'hui, d'étendre le domaine de l'inflammation et de l'admettre comme l'ensemble des réactions présentées par les tissus et dues à la présence d'une cause morbide, qu'il s'agisse de lésions du derme ou de lésions de l'épiderme et, par suite, dans le cas particulier des maladies de la peau, de ranger des processus extrêmement simples à côté de processus très compliqués, les uns et les autres pouvant figurer parmi les inflammations. C'est ainsi qu'il est impossible, à mon avis du moins, de grouper : les érythèmes, sous toutes leurs formes, depuis l'urticaire jusqu'aux lésions de la dermatose de Duhring, en dehors des dermatoses inflammatoires. J'ajouterai, et je reviendrai sur ce point tout à l'heure, que, pendant longtemps, on a admis comme un dogme l'existence d' « inflammations nerveuses ». Cette existence me paraît absolument contestable; pour ma part, je la conteste absolument.

Sans insister, je dirai que nous sommes tous d'accord, en France, pour admettre la nécessité d'une classification étiologique.

Ici, nous nous heurtons à une difficulté considérable et qui doit être abordée de suite : il n'est pas une maladie de la peau, si simple soit-elle, il n'est pas une lésion cutanée qui ne reconnaisse des causes multiples; seules, peut-être, les brûlures sont-elles des lésions dues à une seule cause. Mais parmi les causes traumatiques elles-mêmes, physiques ou chimiques, la plupart agissent d'une manière différente suivant la résistance individuelle, suivant les conditions anatomiques ou physiologiques spéciales de la peau sur laquelle elles sont appliquées.

A ce point de vue, il est curieux d'étudier les effets de la lumière. Ils varient considérablement suivant l'état préalable de la peau. Tout le monde sait que les rayons chimiques du spectre, qui sont la cause des lésions spéciales du coup de soleil ou de l'inflammation produite par l'arc voltaïque, agissent d'une manière différente suivant la pigmentation préalable des tissus; ceux-ci sont-ils pigmentés, la réaction inflammatoire ne se produit, que lorsque les rayons chimiques sont en quantité considérable.

On sait également que le lentigo, qui se développe sur une partie découverte, ne se produit pas chez tout le monde : si les conditions anatomiques et biologiques particulières qui permettent le développement de cette maladie sont inconnues, elles doivent cependant figurer, sous le titre « causes non déterminées », dans l'étiologie de la maladie à côté de l'action des rayons chimiques.

Nous savons, en outre, que chez quelques sujets prédisposés familialement, la lumière provoque cette curieuse affection qu'on appelle le xeroderma pigmentosum. Ici, des qualités héréditaires de la peau, inconnues, il est vrai, dans leur essence et leurs détails, doivent figurer parmi les facteurs de la maladie, puisque, sans elles, celle-ci ne se produirait pas. Je pourrais développer indéfiniment cette thèse.

Autre exemple. Il est de notion vulgaire que certaines personnes ont des éruptions dues à l'antipyrine, à la quinine, à l'iodure de potassium, après avoir pris des doses faibles et alors que la plupart des individus n'ont aucune lésion cutanée à la suite. En outre, chez tous les malades atteints de ces éruptions, les caractères des lésions ne sont pas les mêmes. Ici, le rôle de l'idiosyncrasie, de l'individualité morbide devient éclatant. Il n'est pas douteux que des causes multiples, dans le détail desquelles je ne veux pas entrer pour le moment, l'état constitutionnel, l'état gastrique, l'état rénal, l'état sanguin, l'état nerveux, tout ce qui constitue la personnalité biologique de tel ou tel sujet, n'interviennent : par suite, des causes multiples, extrêmement nombreuses, sont nécessaires pour que deux ou trois éléments d'acné iodique apparaissent sur la face ou sur le tronc.

Sans aller plus loin, nous pouvons dire que toute classification étiologique se heurte à une difficulté fondamentale due à la multiplicité des causes pathogènes. Il est nécessaire de mettre un ordre dans ces causes, et si on ne le fait, on ne peut espérer arriver à s'entendre jamais sur une division C'est ce que j'ai tenté de faire autrefois ; j'ai essayé de poser les bases d'une classification étiologique fondée sur l'étude du mécanisme morbide, ce que j'ai appellé une classification pathogénique. (1)

Parmi les causes d'une maladie on entend souvent les dermatologistes discuter pour savoir quelle est la plus importante. S'il est un cas où cette discussion se produit tous les jours, c'est, à coup sûr, celui des affections microbiennes de la peau. Tel vous dit : « L'acné est une maladie parasitaire, car on trouve toujours des parasites dans les lésions de l'acné vulgaire. » Tel autre vous répond : « Mais ces parasites n'ont aucune importance, car ils se trouvent chez tout le monde. » Il n'est personne qui n'ait sur la figure des micro-bacilles ou des staphylocoques en quantité plus que suffisante pour produire les lésions de l'acné, et si des parasites se trouvent chez tous, on ne peut vraiment dire que l'acné leur soit due. Ce qui importe, c'est ce qu'il y a de particulier chez l'acnéique, c'est l'état gastrique, si vous voulez, ou l'état intestinal, si vous préférez, ou les troubles constitutionnels, les troubles de nutrition, l'état diathésique qui font que l'acné peut se développer. Influence de la graisse, influence du terrain, on pourrait discuter pendant les siècles sur le plus ou moins d'importance de ces deux facteurs considérés d'une manière générale, sans arriver jamais à s'accorder.

Pour moi, ces discussions sont absolument oiseuses.

Pour qu'une maladie microbienne se développe sur une peau déterminée, il faut certains microbes, il faut un état spécial de la peau permettant la culture du microbe, et je ne sais lequel est le plus important des deux facteurs, *puisque les deux sont nécessaires*. Le microbe se trouve chez tous dans un grand nombre de cas, ce n'est pas douteux ; n'empêche qu'il joue un rôle nécessaire dans le développement de la lésion

(1) Leredde. *Classification pathogénique des dermatoses*. Annales de Dermatologie 1896.

morbide. Il en est toujours ainsi ; nul parasite ne se développe que là où il trouve des moyens d'alimentation et de germination en quantité suffisante.

Je pense donc que pour mettre quelque ordre, quelque esprit de méthode dans la classification dermatologique, il faut établir une hiérarchie entre les causes morbides.

Les maladies de la peau se révèlent à nous par des lésions ; les causes morbides aboutissent à produire ces lésions. Il en est qui sont nécessaires, mais variables ; il en est d'autres également nécessaires, mais qui sont constantes. Ce qui, pour moi, doit établir la hiérarchie parmi le causes, c'est la constance de telle ou telle d'entre elles.

Quelles sont donc les causes constantes dans une maladie de la peau déterminée ? Nous ne pouvons — à l'heure actuelle — en connaître que d'un groupe. Ce sont celles qui déterminent les lésions macroscopiques et miscroscopiques dont l'ensemble constitue ce que nous appelons une maladie de la peau.

L'acné vulgaire se caractérise pour nous par des pustules, des nodules, et sans ces pustules, sans ces nodules, nous ne parlons pas d'acné vulgaire. Quelle est la cause immédiate de ces pustules et de ces nodules ? C'est un staphylocoque qui se multiplie et qui provoque une inflammation périfolliculaire et intra-folliculaire. Pourquoi aller chercher plus loin ? Ce staphylocoque, nous pouvons le prendre comme base d'une classification et nous pouvons bien déclarer que l'acné est une maladie microbienne, tout en sachant parfaitement que le microbe ne se développe pas là où la peau n'est pas favorable à sa culture. Mais rien, absolument rien ne nous prouve que les conditions de développement local soient les mêmes chez tous les individus, et nous savons bien qu'un staphylocoque peut se développer soit dans du bouillon, soit sur de la gélose ; nous pouvons admettre aussi qu'il se developpera chez les individus dont la peau sera altérée d'une certaine manière préalable, mais aussi chez d'autres dont la peau sera altérée autrement.

Par suite, la cause constante de l'acné vulgaire parmi les autres étant le parasite, ce parasite étant la cause des lésions de la maladie, nous le prendrons comme base de classification et nous admettrons que l'acné et une maladie microbienne.

J'admets, à l'heure actuelle, qu'il existe cinq groupes de maladies cutanées. Quatre de ces groupes sont établis en prenant comme base de classification : 1° le traumatisme ; 2° le parasite ; 3° l'intoxication ; 4° les lésions nerveuses. Quant au cinquième groupe, il comprend les malformations qui sont plutôt, dans beaucoup de cas, des lésions acquises que des maladies et que nous sommes forcés de grouper ensemble sans assigner une cause autre qu'un trouble héréditaire dont la nature nous échappe.

Les tumeurs peuvent être rangées indifféremment — jusqu'à ce que nous ayons une preuve de leur nature réelle — parmi les malformations ou les maladies parasitaires.

Tout ce qui précède a paru nous éloigner de notre sujet ; maintenant nous allons nous en rapprocher de plus en plus.

Les malformations constituent, en général, des maladies incurables, et les eaux minérales ne peuvent avoir d'action sur elles. Je ferai cependant exception pour une maladie que beaucoup d'auteurs classent parmi les malformations et sur laquelle je n'ai pas encore d'opinion personnelle précise. Je veux parler de l'ichtyose. En France, on admet que l'ichtyose est une malformation cutanée, mais je dois rappeler qu'en Allemagne l'Ecole de Hambourg, avec Unna, Tommasoli, fait de l'ichtyose une maladie parasitaire qui se développerait dans l'enfance et conduirait peu à peu à une déformation incurable de la peau constituée par l'atrophie du corps muqueux, des annexes épidermiques, follicules pileux, glandes sébacées et glandes sudoripares. Cette théorie a l'avantage de nous donner un espoir de guérison, car elle conduit à traiter l'ichtyose dans les premières

périodes où elle se développe, de manière à éviter les effets régressifs et atrophiques consécutifs. L'action utile de certaines eaux minérales dans l'ichtyose, chez de jeunes enfants, pourrait s'expliquer par leur action locale sur ce qu'on peut appeler l'inflammation ichtyosique.

Dans les maladies traumatiques de la peau, les agents pathogènes sont multiples. Les uns sont des agents physiques (chaleur, lumière, rayons chimiques, électricité), les autres sont des agents chimiques.

L'influence des eaux minérales dans les lésions provoquées par les agents physiques est nulle; il n'en est peut-être pas tout à fait de même dans les lésions traumatiques provoquées par les agents chimiques.

Il n'est pas douteux pour moi, et en cela je m'associe simplement à l'opinion d'autres auteurs, que les dermatites artificielles reconnaissent des causes générales, des causes internes, qui agissent sur la peau, troublent sa circulation, modifient son état chimique, les sécrétions, la kératinisation, peu importe, et la rendent vulnérable, sensible à des causes externes qui n'agiraient pas sur une peau saine.

Elles se compliquent souvent d'eczématisation qui me parait probablement due à une germination parasitaire sur des tissus en état d'infériorité biologique, et c'est l'eczéma qui détermine, dans la plupart des cas, l'emploi des eaux minérales.

Si l'on a admis ma manière de comprendre les maladies parasitaires, on sera amené à faire du groupe des maladies parasitaires le plus important ou du moins le plus étendu parmi les dermatoses. On peut y faire figurer actuellement des affections aussi communes que l'eczéma et l'acné.

Dans les affections parasitaires, les eaux minérales ont d'abord une action locale; elles modifieront directement, par leurs qualités physiques et leurs qualités chimiques, le sol cutané, mais ce serait restreindre leur rôle que de le limiter ainsi, comme ce serait se faire une conception bien étroite de la pathogénie des maladies parasitaires de la peau que de limiter l'analyse de leurs causes à l'étude des microbes qui déterminent la lésion.

Puisque nous avons parlé de l'acné, voyons quelle est, à l'heure actuelle, la pathogénie de cette affection et nous pourrons nous rendre compte des services qu'une cure d'eau minérale pourra rendre dans certains cas.

L'acné est — ai-je dit — une maladie microbienne, elle se développe régulièrement sur la peau atteinte d'une autre maladie probablement microbienne, mais qui, en tout cas, est une maladie superficielle et que les topiques peuvent modifier avec la plus grande facilité — d'une manière passagère il est vrai — je veux parler de la séborrhée grasse. — Par suite, les eaux minérales pourront, chez les acnéiques, être employées de manière: 1° à agir sur la séborrhée grasse; 2° sur les lésions de l'acné elle-même. Mais, en outre, nous savons que l'acné se développe chez des malades atteints de fermentations gastriques et intestinales, le rôle de celles-ci ne peut être mis un seul instant en doute. — Par suite, les eaux minérales pourront, chez les acnéiques, être employées de manière à modifier les fermentations digestives.

Nous savons, d'autre part, que l'acné se développe à la puberté, qu'elle a pour condition un état des humeurs qui modifie le développement normal des glandes sébacées et des follicules pileux et les rend plus vulnérables. Peut-être une eau minérale peut-elle agir dans ces conditions et modifier l'état général anormal révélé par les lésions de la peau. Enfin, chez certaines femmes, l'acnée est en relations directe avec les troubles menstruels, et une eau minérale pourra encore agir sur ceux-ci. On voit combien, dans une maladie parasitaire, le traitement hydro-minéral peut trouver d'indications et d'applications. Il

en sera de même pour toutes les maladies parasitaires et je ne m'étendrai pas davantage sur ces considérations.

L'analyse complète des conditions étiologiques et pathogéniques dans chaque dermatose parasitaire permettra de s'adresser à telle ou telle d'entre elles, sinon à toutes, et la thérapeutique hydro-minérale répondra souvent à des indications multiples.

Le groupe des maladies toxiques est des plus importants parmi les affections cutanées, J'ai déjà dit quel rôle y jouait l'individualité morbide en parlant plus haut des affections médicamenteuses.

Ce que nous devons chercher dans les maladies toxiques c'est d'une part, l'origine de l'intoxication, et, d'autre part, son mécanisme.

Sur l'origine des intoxications, nous avons déjà des données nombreuses. Les prurits et les prurigos nous en donnent un exemple frappant: la liste de leurs causes nous fournit à peu près complètement l'énumération des causes toxiques qui peuvent agir sur la peau.

Le prurit est un phénomène nerveux *d'origine toxique*, qui peut être provoqué par des éléments de tout ordre. Il peut être provoqué par une série d'agents médicamenteux, de produits alimentaires; il peut être provoqué par les troubles gastriques; il peut être provoqué par les troubles intestinaux; il est très fréquemment provoqué par un trouble hépatique; il est souvent lié à un fonctionnement insuffisant du rein et constitue un des petits signes de l'urémie; il peut être dû à un trouble thyroïdien. Il se rencontre dans une série d'affections sanguines, depuis le mycosis fongoïde jusqu'à la lymphadénie cutanée. Il peut être, dans certains cas, d'origine utéro-ovarienne. Et enfin, dans la plupart des cas, l'« idiosyncrasie » joue un rôle, puisque chez certains individus tel médicament ou tel aliment, qui n'est absolument pas nocif pour l'immense majorité, provoque un prurit plus ou moins violent.

Eh bien, dans les prurits et les prurigos, les eaux minérales peuvent jouer un rôle thérapeutique important et être maniées de manière à modifier l'état gastrique, l'état hépatique, l'état rénal, l'état utéro-ovarien. Dans toutes les dermatoses toxiques, elles peuvent agir de même.

Je voudrais insister surtout sur leurs indications lorsqu'il s'agit de modifier l'état sanguin. J'ai consacré de longues recherches à étudier les lésions sanguines dans les dermatoses. Il y a quelques années, beaucoup de celles-ci et les plus mystérieuses étaient expliquées d'une manière courante par l'état anormal du système nerveux. On faisait intervenir des troubles nerveux *toutes les fois qu'on se heurtait à une difficulté d'interprétation*: on admettait même des lesions nerveuses qu'on ne parvenait pas, du reste, à mettre, dans l'immense majorité des cas, en évidence. Constatait-on une relation entre une cause morbide et une lésion cutanée, immédiatement on admettait que la relation se faisait par l'intermédiaire du système nerveux! Les mots de dermatonévrose et de trophonévrose, de névrodermite étaient employés d'une manière banale et expliquaient à peu près tout ce que nous ne connaissions pas.

Or, dans une série de dermatoses (1), les érythèmes, l'urticaire, le prurigo, la der-

(1) Leredde. *Les hématodermites. Pratique dermatologique*, t. II.
Leredde. *Lesions du sang dans l'urticaire. Soc. de Derm.*, 1899.
Leredde. *Lésions sanguines dans les érythèmes. Soc. de Biol.*, 1899.
Leredde et Dominici. *Soc. de Derm.*, 1899.
Leredde et Perrin. *Hist, path. de la derm. de Duhring. Ann. de Derm.*, 1895.
Leredde. *Dermatose de Duhring. Soc. de Derm.*, 1899.
Leredde, *Etude sur le pemphigus foliacé de Cazenave. Ann. de Derm.*, 1899.
Leredde. *Le rôle du système nerveux dans les dermatoses. Arch. gén. de méd.*, 1899, et *Monatschr. für praktische Dermatologie*, 1899.

matose de Dühring, les dermatites exfoliatrices, j'ai mis en évidence des lésions sanguines considérables. J'ai prouvé, dans certains cas, qu'elles évoluent avec la lésion cutanée, paraissent et disparaissent avec elle. Il suffit d'avoir constaté ces lésions sanguines pour être convaincu que les relations entre l'altération viscérale et une lésion de la peau ne se font pas par l'intermédiaire du système nerveux *puisque, régulièrement, on ne constate aucune lésion nerveuse et que, régulièrement, on observe des lésions sanguines.*

J'ai ainsi été amené à critiquer la théorie qui faisait d'une série de lésions cutanées des inflammations nerveuses et j'ai admis que les érythèmes, l'urticaire, peuvent être considérées comme des inflammations dues à la présence *locale* de corps toxiques. L'expérience de Claude Bernard, relative à la détermination d'érythèmes par section du sympathique chez les chiens, prouve simplement ceci : un trouble nerveux peut provoquer les lésions élémentaires des érythèmes : *elle ne prouve pas que, seul, un trouble nerveux puisse en produire* et dans le cas où il existe une intoxication (intoxication médicamenteuse par exemple) où existent des lésions sanguines, où existe un érythème, nous devons attribuer cet érythème soit au corps toxique entré dans la circulation, soit aux altérations sanguines secondaires qu'il a déterminées.

A mon avis, les lésions sanguines ont encore un autre intérêt. Elles permettront de saisir sur le fait des réactions individuelles provoquées par un corps toxique. Le problème le plus difficile dans le mécanisme des éruptions toxiques est le suivant : pourquoi tel corps est-il toxique pour un individu, ou mieux pour la peau de cet individu, et ne l'est-il pas pour la plupart des autres? J'admets chez certains individus une sensibilité spéciale non du système nerveux, comme on l'a toujours cru, mais des organes hématopoïétiques et leucocytopoïétiques, et que le corps toxique agit sur ces organes et engendre leur lésion. Peut-être aussi le corps toxique, n'étant pas absorbé par les globules blancs, devient-il nocif pour tel ou tel tissu qui est, en général, protégé contre lui.

Par suite, les agents qui peuvent modifier l'état sanguin peuvent jouer un rôle dans les dermatoses toxiques ; les propriétés particulières des eaux arsenicales peuvent, je pense, s'expliquer surtout ainsi. Il n'est même pas certain que les eaux sulfureuses n'aient aucune action sur le système sanguin, mais, sur ce point, nous manquons de documents et nous devons attendre que l'avenir nous en fournisse.

Tout ceci nous conduit à restreindre singulièrement le domaine des dermatoses nerveuses, si l'on entend sous ce nom les maladies de la peau où les lésions sont provoquées directement par une altération anatomique ou un trouble fonctionnel du système nerveux. Cependant, chez certains malades, les lésions de la peau coexistent avec un état de déséquilibre nerveux, lequel est peut-être simplement l'effet des mêmes causes qui provoquent les troubles cutanés et non pas la cause de ceux-ci ; dans certains cas, les eaux minérales pourront être utiles pour modifier certains états nerveux chez les malades qui en souffrent.

Dans tout ce qui précède, nous avons laissé de côté une question fondamentale, celle des troubles de nutrition de l'organisme.

Aussi bien, si j'ai pu, jusqu'ici, donner mon opinion personnelle sur certaines questions interessant la dermatologie générale, je serai beaucoup plus embarrassé pour parler, d'une manière autorisée, de ces troubles de la nutrition ; si j'en admets, après d'autres, l'existence, je ne sais trop comment, pour ma part, les interpréter, ni quelles caractéristiques leur donner. Je me borne à constater des divergences fondamentales entre tous les auteurs qui les ont étudiés, et je préfère garder une réserve prudente.

Sur le « lymphatisme » et sur la « scrofule » on peut essayer de se mettre aujourd'hui d'accord. On sait que Bazin avait fait de la scrofule une « diathèse » et avait admis quatre périodes semblables à celles de la syphilis, périodes caractérisées par des lésions de plus en plus profondes. Cette conception n'a eu qu'une heure ; il suffit de relire maintenant les pages que Bazin a consacrées à la scrofule pour voir ceci : toutes les affections qu'il classe dans les maladies scrofuleuses sont microbiennes, à part quelques-unes telles que les engelures qui *paraissent* d'origine traumatique (?).

Cependant la notion de la scrofule ne doit pas être abandonnée ; à mon avis, et sans le moindre doute, chez certains individus, l'existence d'un terrain spécial est manifeste ; du reste, les maladies classées par Bazin dans la scrofule appartiennent à certains groupes bien déterminés et présentent des caractères spéciaux. Ce sont toutes des affections dues à des parasites de nature banale se rencontrant chez presque tous les individus, offrant ce caractère particulier d'être particulièrement persistantes et rebelles au niveau de la peau et des muqueuses. De ces affections les plus bénignes sont dues au staphylocoque ou au streptocoque ; les plus graves sont dues au bacille de la tuberculose (1).

On peut comprendre la scrofule comme un terrain dont les conditions de développement sont inconnues dans leurs détails, mais qui, souvent, se manifeste d'une manière héréditaire ou consanguine. Sur ce terrain la peau présente des qualités spéciales. Chez certains malades, on rencontre des troubles de circulation spéciaux, en particulier une tendance aux engelures et à l'asphyxie des extrémités. Bref, on peut admettre qu'un scrofuleux est un malade offrant des qualites anormales de la peau et du système lymphatique ; elles le rendent apte à contracter des affections banales et rendent, chez lui, la guérison — spontanée et normale pour les autres individus — particulièrement difficile. Les qualités anormales du milieu intérieur et des viscères sont beaucoup moins bien caractérisées.

Un caractère plus spécial encore est la facilité avec laquelle l'invasion tuberculeuse de la peau et des ganglions se produit ; d'autre part, la résistance à l'infection tuberculeuse générale, la lenteur de l'évolution particulière de l'invasion bacillaire chez les malades en état de scrofule.

La scrofule étant ainsi définie, le lymphatisme ne peut plus en représenter que l'état atténué.

Quel rapport cette scrofule des dermatologistes a-t-elle avec cette autre scrofule que l'on peut appeler celle des rhinologistes ? Pour ma part, je ne suis pas encore fixé sur ce point. Je crois cependant que les rhinologistes ont singulièrement méconnu les caractères de la scrofule en voulant expliquer celle-ci par les végétations adénoïdes, et qu'il faut faire de ces végétations un symptôme possible de l'état scrofuleux ; une réaction de certains tissus chez les lymphatiques n'est en aucune façon la cause d'un état diathésique spécial, mais peut en être la manifestation.

Mon embarras devient très grand lorsqu'il s'agit d'aborder la question de l'arthritisme, sur laquelle je reconnais professer des idées un peu subversives ; cependant j'ai dit plus haut que la scrofule ne pouvait provoquer par elle-même des lésions. Je crois qu'on a fait du mot arthritisme un abus indéniable, qu'on le fait encore tous les jours, qu'on explique par un mot ce que nous ne pouvons comprendre, et qu'on substitue à des causes réelles un état sur la définition duquel nous ne pouvons pas nous entendre.

Notre tâche doit être de chercher les faits qui sont dissimulés derrière ce mot ; la notion de l'arthritisme a conduit déjà à des recherches fort importantes, je ne crois donc

(1) Sur cette question, voir LEREDDE : *Les tuberculides*, *Semaine médicale*, 3 janvier 1900.

pas qu'elle ait été néfaste à tous les points de vue, mais je crois que lorsque ces recherches se seront multipliées, la notion si vague de l'arthritisme n'aura plus qu'à disparaître, à moins qu'il soit simplement équivalent du mot trouble de nutrition générale.

Mais je considère l'abus du mot arthritisme comme flagrant surtout dans le cas où l'on admet que l'arthritisme peut provoquer des lesions.

Je ne peux comprendre en *aucune manière* que l'on parle de maladies arthritiques, non plus que de maladies scrofuleuses. Je comprends fort bien que l'on parle de maladies chez des arthritiques.

Je ne saurais, pour ma part, donner une définition de l'arthritisme et je ne voudrais pas ajouter ma définition à celle qu'ont données tant d'auteurs et qu'on donne tous les jours. C'est un véritable protée morbide et, pour ma part, j'avoue que je ne puis m'y reconnaître. Il est certain que chez de nombreux individus la nutrition est anormale, que cette nutrition anormale peut l'être par suite d'un état acquis ou d'un état héréditaire, que les troubles de nutrition facilitent l'action de causes morbides agissant moins ou n'agissant pas sur d'autres individus, que ces troubles de nutrition peuvent se révéler par des troubles des humeurs et particulièrement par des modifications de la sécrétion urinaire.

Je crois que certains états de la peau se rencontrent surtout sur une catégorie d'arthritiques, c'est-à-dire chez des individus dont les troubles de nutrition sont liés à la suralimentation prolongée sans dépense suffisante. *Je n'ai pas dit et je n'admettrai jamais qu'il s'agisse là de lésions arthritiqnes de la peau.*

Je crois, d'autre part, que parmi les modificateurs de ces états, aucun n'est plus puissant, n'est plus utile que les eaux minérales, et nous ne saurions en méconnaître l'efficacité.

Pour faire avancer la question du *terrain arthritique* dans les maladies de peau, il serait extrêmement important d'être fixé sur l'action particulière des eaux minérales dans la modification des échanges au cours de ces maladies.

Mais, quel que soit l'intérêt de cette question, je ne veux pas l'aborder ici, je ne pourrais le faire que d'une manière beaucoup trop incomplète. Les documents que nous avons sur l'état des urines dans les dermatoses sont, en effet, absolument fragmentaires ; il nous est impossible — sauf peut-être pour la pelade, depuis les recherches de Jacquet et Portes, et pour le prurigo, depuis les recherches que j'ai faites avec M. A. Robin — d'être fixé sur la formule urinaire dans telle ou telle affection cutanée. Les éléments matériels manquent, et nous ne pouvons déterminer comment les eaux employées en dermatologie agissent pour modifier l'état de la nutrition et, en particulier, le chimisme urinaire. Nous sommes réduits à savoir qu'elles sont souvent diurétiques et déterminent fréquemment des éliminations d'acide urique et d'urates, ce qui n'est vraiment pas suffisant.

Si l'on a bien suivi l'exposé précédent, on admettra, en somme, qu'une maladie de la peau, quelle qu'elle soit, étant le résultat de causes multiples, peut être fréquemment justiciable d'une thérapeutique hydro-minérale qui s'adresse à la plupart de ces causes dans un cas déterminé et que, dans quelques cas, rien ne peut même la remplacer. Encore faut-il qu'elle soit maniée d'une manière habile ; mais si en France nous avons l'embarras du choix entre les sources utiles au traitement des dermatoses, nous l'avons également entre les médecins distingués qui y exercent.

CHAPITRE II

ACTION DES EAUX MINÉRALES, EN GÉNÉRAL, DANS LES DERMATOSES

Ceci dit, les effets des eaux minérales dans les maladies de peau doivent d'abord être étudiés dans leur action directe sur le tégument. C'est là une question des plus importantes ; elle mériterait d'être étudiée de plus près, par nos confrères des stations d'eaux minérales, qu'elle ne l'a été jusqu'ici. Je me permettrai d'affirmer — et l'on m'accusera peut-être de parler en spécialiste — la grande importance de l'action locale ; nous ne devons pas pour cela méconnaître l'action générale qui est fondamentale. Beaucoup de médecins ne soignent pas régulièrement des malades atteints d'affections cutanées et ignorent beaucoup trop l'importance de la thérapeutique externe et les résultats considérables qu'elle peut donner. Les eaux minérales sous forme de bains, sous forme de pulvérisations, de douches chaudes et tièdes, etc., peuvent jouer un rôle considérable comme topique et, ce qui le prouve, c'est l'étude des plus employées parmi elles, je veux parler des eaux sulfureuses.

Dans des études que je poursuis en ce moment sur la thérapeutique des affections cutanées, j'ai été amené à grouper tous les procédés du traitement externe en un certain nombre de méthodes, aseptique, antiseptique, antiphlogistique, exfoliante, kératolytique, réductrice, caustique, sclérogène et antiprurigineuse (1)

Or, les eaux sulfureuses ne peuvent être considérés ni comme caustiques, ni comme sclérogènes, ni comme exfoliantes, ni comme kératolytiques, ni comme ayant une action aseptique, mais on peut leur reconnaître un pouvoir antiseptique, un pouvoir réducteur et une action antiprurigineuse.

Le soufre a incontestablement des propriétés antiseptiques. Dans tous les traités de dermatologie on attribue son action sur la peau, dans une série de maladies, à cette action antiseptique. Il n'est pas prouvé, pour moi, que le soufre agisse directement sur les parasites de la peau, sur les microbes qui sont contenus dans la couche cornée et surtout sur ceux qui occupent le corps muqueux. On sait, du reste, combien les chirurgiens ont de peine à pratiquer l'antisepsie de la couche cornée et que l'action des antiseptiques ne se fait pas dans la profondeur. L'action antiprurigineuse du soufre, sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure, prouve, d'autre part, que ce corps a d'autres effets sur la peau qu'une action anti-microbienne. A mon avis, dans les processus où il est employé d'une manière courante, il agit comme réducteur.

La théorie des réducteurs est une des questions fondamentales de la thérapeutique dermatologique. Sur ce point, comme sur tant d'autres, nous devons à Unna des idées nouvelles. Je veux les exposer sommairement : ce n'est pas sortir de mon sujet que de montrer comment un des agents essentiels de la thérapeutique hydro-minérale en dermatologie, le soufre, peut agir sur la peau.

Unna distingue des réducteurs faibles et des réducteurs énergiques et classe le soufre parmi les premiers (2).

Sur la peau intacte, les réducteurs faibles augmentent la kératinisation, puis survient un clivage de la couche cornée par division de celle-ci en deux feuillets dont le supérieur est mortifié. Dans le derme on observe un rétrécissement des vaisseaux dû à la dessication des cellules endothéliales par soustraction d'oxygène. A la suite survient la dimi-

(1) Leredde. *Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes*, n° 1, avril 1902.
(2) Sur ce sujet, v. Leistikow. *Thérap. des mal. de la peau.* Trad. de J. Darier, p. 96.

nution des phénomènes inflammatoires tels que la tension et le gonflement, le prurit est souvent diminué ou disparaît (1).

Quant aux réducteurs énergiques ils amènent une kératinisation intense et des phénomènes inflammatoires, œdème, vésication, ramollissement du tissu conjonctif.

Sur la peau privée d'épiderme, les réducteurs faibles agissent comme les réducteurs énergiques sur la peau intacte.

Les réducteurs ne sont pas seulement antiphlogistiques mais également antiparasitaires par soustraction de l'oxygène indispensable au développement microbien.

Après avoir étudié la théorie de Unna, sur les réducteurs, j'ai été amenée à penser que les choses ne pouvaient s'expliquer ainsi et à critiquer les opinions du célèbre dermatologiste de Hambourg. J'admets, moi-même, une théorie des réducteurs que je puis exposer en quelques lignes.

Tous les réducteurs sont des agents nocifs pour les tissus et du reste pour les microbes et ceci explique que la plupart soient considérés comme antiseptiques. Or, il est des conditions — et le fait se présente souvent — où il est utile de provoquer une réaction inflammatoire dans des tissus déjà malades.

Un exemple frappant en est fourni par la blennorrhagie. A la fin de celle-ci, que se passe-t-il dans les glandes de la muqueuse urétrale et comment pouvons-nous expliquer l'action curative du permanganate de potasse ? Ce corps n'agit pas comme antiseptique, il ne pénètre pas la muqueuse enflammée et n'atteint pas les régions ou sont englobés les microbes. Ceux-ci, à la période terminale de la blennorrhagie, ont perdu toute virulence, mais, comme toujours en pathologie la défense est proportionnée à l'attaque, et souvent, la réaction inflammatoire provoquée par les gonocoques étant calmée, après que ces parasites ont perdu leur virulence, les globules blancs, les phagocytes ne sont plus en quantité suffisante pour débarrasser définitivement les régions malades, et des ennemis restent ainsi dans la place. Que l'on provoque une réaction supplémentaire des tissus et les choses pourront changer de face. La muqueuse irritée, les globules blancs paraîtront et balayeront les derniers microbes restant dans les tissus.

Cette théorie, par laquelle j'explique l'action des réducteurs, s'applique au soufre dans les lésions de la peau. On sait, du reste, combien ce corps est irritant pour les tissus cutanés. Il s'agit, dans tous les cas, de l'employer à la dose où il provoquera une réaction microscopique sans réaction plus intense : cette modification des tissus pourra faire disparaître les causes morbides qui s'y trouvent.

Puisque nous avons parlé du soufre, il est, je crois, à propos de rappeler que ce corps est surtout employé en dermatologie dans les séborrhées grasses et dans les affections qui se développent sur les tissus occupés par celles-ci, depuis les séborrhéides de tout ordre jusqu'au furoncle et à l'acné. Ce sont là des indications majeures des eaux sulfureuses ; ce ne sont pas les seules.

Dans les dermatoses irritables, les eaux sulfureuses offrent un précieux avantage ; elles permettent, en général, sous la réserve que la peau du malade ne soit pas trop sensible, de produire les effets du soufre sans produire ses effets nocifs.

Il y a là une condition fondamentale en dermatologie et que nous comprenons depuis que nous savons combien sont importantes les qualités physiques des agents que nous employons. Faisons varier la teneur des pommades en poudres neutres, faisons varier les proportions de sels contenus dans les solutions que nous appliquons sur la peau, les effets produits varieront, et cela, non pas seulement à cause de l'action directe des subs-

(1) Comme Unna, j'ai remarqué la coexistence fréquente du prurit et de l'œdème cutané.

tances chimiques sur la peau, mais à cause des effets physiques, osmotiques et autres, de l'occlusion ou de la non-occlusion de la peau. La profondeur à laquelle agissent les substances employées dépend essentiellement de la forme sous laquelle on présente l'agent à la peau (1). Pour le soufre, l'action varie considérablement suivant la manière dont on l'emploie, et il y a peu de moyens qui nous permettent de l'utiliser aussi bien, sous plus de formes et sans plus de dangers que les eaux minérales sulfureuses.

A côté de l'action réductrice des eaux sulfureuses, je dois citer leur action antiprurigineuse. C'est encore là une de leurs indications majeures, moins importante cependant que celle des affections séborrhéiques.

Il ne faudrait pas croire que tout prurigineux doive être traité aux eaux sulfureuses ni puisse en éprouver d'heureux effets et cela sans inconvénients. Cependant un certain nombre d'entre eux — particulièrement les enfants atteints de prurigo — bénéficient des eaux sulfureuses. Il faut se rappeler qu'actuellement Unna, Leistikow et d'autres auteurs allemands emploient le soufre d'une manière normale dans la thérapeutique du prurigo.

Outre l'action antiprurigineuse et réductrice des eaux minérales, si importante dans les stations sulfureuses, je dois parler maintenant de leur pouvoir antiphlogistique ; à certaines stations, par exemple à Saint-Gervais, où l'on traite surtout des affections irritables, ce pouvoir est des plus nets. Nous ne savons trop comment l'expliquer. Dans les dermatoses aiguës, dans les dermatoses irritables, d'après l'expérience commune des dermatologistes, les bains simples peuvent être extrêmement dangereux; au début d'un eczéma, rien n'est plus dangereux que de donner un bain ; celui-ci, très souvent, produit la généralisation rapide de la maladie. Cependant le danger est encore plus grand dans la série des dermatoses parasitaires telles que l'impétigo et l'ecthyma.

Eh bien, un grand nombre d'eaux minérales offrent cet avantage de permettre de donner des bains sans produire de complications du côté de la peau. Quelques raisons peuvent être indiquées : d'abord, certaines se rapprochent de l'état émollient; elles contiennent des substances qui les rendent onctueuses au toucher, agréables pour la peau. En outre, si leur minéralisation est, en général, peu élevée, elle se rapproche plus ou moins de la composition du sérum sanguin et, par suite, on comprend pourquoi elles peuvent être moins irritantes que des bains ordinaires. J'ai pour ma part, observé souvent que l'eau salée à 7 0/00 est peu irritante pour la peau, en comparaison de l'eau pure.

Tout ce qui précède mérite encore d'être complété sur un point.

L'action des eaux minérales dans les dermatoses est assez superficielle, elle ne s'appliquent gnère aux processus profonds à moins qu'on ne combine, si cela est possible *et comme cela doit être souvent fait*, dans les stations d'eaux minérales mêmes, le traitement hydro-minéral avec un traitement dermatologique par les procédés habituels. C'est, par exemple, ce qu'on fait en général pour les psoriasiques traités aux eaux minérales.

A mon avis, on ne doit pas perdre de vue, en dermatologie, lorsqu'il s'agit d'employer le traitement local, *qu'il faut toujours agir à la profondeur des lésions*; les eaux sulfureuses, par exemple, ne peuvent agir avec beaucoup d'efficacité dans les cas d'acné profonde nodulaire, comme on paraît le croire en général. Il en est de même dans une série d'affections peu étendues et qui modifient profondément la peau, telles qu'une série de lichénifications. Il ne faut pas demander, dans ces affections, aux eaux minérales de produire par leur action locale des effets curatifs réels.

(1) Sur ce sujet, v. L. Pautrier, *Formulaire thérapeutique. Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes*, nos 1, 2, 3... et sq., 1902.

Par contre, ces eaux paraissent absolument précieuses dans une série de dermatoses superficielles, mais qui sont graves par leur généralisation ou leur extension, je veux parler, par exemple, des eczémas. Chez les malades qui ont de la tendance à avoir de l'eczéma sur tout le corps, les eaux minérales représentent un mode de traitement absolument précieux et que, parfois, rien ne peut remplacer.

Nous pouvons maintenant dire quelques mots de l'effet des eaux minérales sur les lésions sanguines. On sait combien l'arsenic a d'action sur le sang. Des recherches récentes ont montré que le cacodylate de soude a également une action considérable.

Les eaux arsenicales du type de la Bourboule me paraissent devoir agir essentiellement sur les lésions sanguines, dont le rôle fondamental dans les dermatoses a été indiqué plus haut. Elles augmentent la quantité des globules rouges et ont certainement une action profonde sur les globules blancs. On sait que Besrédka a démontré l'action considérable des leucocytes sur l'arsenic introduit dans l'organisme.

A côté de cette action si particulière de l'arsenic sur le sang, nous devons insister sur l'intérêt de la teneur saline, de la multiplicité des composés qui sont contenus dans les eaux, en première ligne le chlorure de sodium : les eaux minérales peuvent avoir sur l'organisme des effets qui se rapprochent de ceux des injections de sérum artificiel ou plus importants dans quelques cas.

Nous sommes loin d'être renseignés sur le rôle que jouent les associations salines dans l'effet des eaux minérales sur l'organisme ; il n'est pas douteux que cet effet existe et, pour le moment, je me contenterai d'en prendre note.

L'action sur le système nerveux est des plus obscures. Beaucoup d'eaux modifient utilement l'état névropathique des malades ; ceci n'est pas douteux. Mais parmi ces eaux certaines agissent sur l'état de la peau et, pendant la longue période où le système nerveux a joué dans la dermatologie le rôle d'agent à tout faire, il était facile d'expliquer leur action sur les dermatoses en supposant l'amélioration des troubles nerveux auxquels elles étaient dues. Cependant les auteurs qui ont admis ces théories ne les ont jamais précisées et, par suite, il est presque impossible de les combattre, en s'adressant à des faits bien établis. J'admets, pour ma part, que souvent les lésions de la peau et les troubles nerveux sont les effets des mêmes causes, et les eaux minérales qui ont une action sur les troubles du système nerveux peuvent, théoriquement, avoir une action sur ceux de la peau.

Enfin, nous avons à nous occuper de l'action des eaux minérales sur l'état des viscères qui est si fréquemment modifié, altéré, troublé chez les malades atteints d'affections cutanées.

Les eaux employées en dermatologie, elles-mêmes, peuvent agir sur les organes dont l'altération peut engendrer celle de la peau. Des stations comme Royat peuvent permettre de modifier simultanément l'état du tube digestif et de ses annexes et celui de la peau. Je citerai, d'autre part, tout le groupe des sulfureuses.

L'action de celles-ci sur le tube digestif est considérable. Toutes ont une action excitante sur les muqueuses gastrique et intestinale, qui se traduit par l'apparition ou l'augmentation de l'appétit, la régularisation des selles, dans quelques cas, lorsque les doses sont fortes, et surtout dans certaines sources, des selles liquides. Faut-il rappeler, d'autre part, que le soufre a une action antifermentative ? et qu'il est un agent précieux de la thérapeutique des dyspepsies, trop délaissé aujourd'hui ? Quel que soit du reste le mécanisme, l'effet est incontestable.

Depuis longtemps les relations d'un certain nombre de dermatoses avec les troubles gastriques et intestinaux ont été affirmées. Dans un travail que j'ai fait sur ce sujet en

collaboration avec mon éminent maître, le Dr A. Robin, il a été démontré que ces relations étaient beaucoup plus importantes qu'on ne pouvait le croire *à priori*; on ignorait jusqu'à ce travail, l'importance des fermentations latentes dans un grand nombre de réactions cutanées. Or, parmi les prurigineux et les acnéiques, par exemple, les uns souffrent de l'estomac, ont des renvois, du pyrosis, etc.; d'autres n'ont aucune sensation anormale et aucun symptôme de dyspepsie. Cependant chez tous le chimisme gastrique est altéré de la même façon (1).

Il serait intéressant que nos confrères des eaux minérales sulfureures reprennent l'étude de leurs eaux à ce point de vue et étudient le chimisme gastrique chez leurs malades à diverses phases de la cure sulfureuse.

Il faut ajouter qu'un grand nombre de sulfureuses sont diurétiques; d'autre part, les effets du traitement sur la circulation cutanée est indéniable et se voit dans les stations où l'on soigne des ulcérations.

Dans quelques cas, il y aurait intérêt à agir autrement et à combiner, chez les malades, l'action d'une source plus spécialement dermatologique et l'action d'une source non dermatologique. A l'heure actuelle, il est difficile d'être fixé sur les indications de celles-ci, car nous connaissons encore beaucoup trop mal l'état intérieur des malades atteints d'affections cutanées. Parmi les cures annexes qui peuvent être utilisées en dermotologie, citons particulièrement les eaux de Vichy, de Pougues, de Plombières, de Châtel-Guyon, des eaux qui agissent en somme sur le tube digestif, sur l'appareil hépatique dont les troubles sont si fréquents chez les malades atteints de dermatoses, celles également qui ont une action prépondérante sur la sécrétion urinaire.

Il y a là toute une étude à faire, tout un travail à mener à bien. Il est d'abord nécessaire que cette méthode des cures combinées se répande dans le public médical, que les médecins en comprennent l'utilité, la nécessité parfois, et prescrivent aux malades d'associer les divers modes de traitement (2).

En règle générale, on commencera par le traitement de la maladie de peau dans une station spéciale, puis, si l'on a reconnu chez le malade un trouble viscéral, on l'adressera à la source de laquelle relève cet état (3).

---

(1) A. Robin et Leredde. *Du rôle des dyspepsies dans la genèse de quelques dermatoses. Bull. général de thérapeutique*, 1899.

(2) Dans notre période de scepticisme thérapeutique, les médecins n'ont plus l'habitude de parler aux malades avec l'autorité nécessaire et ne peuvent obtenir d'eux l'effort indispensable pour obtenir des résultats. En fait de dermatothérapie, ce septicisme ne peut exister plus longtemps et le médecin doit exiger beaucoup des malades, mais il peut le faire, car de réels bienfaits, et des bienfaits durables, seront le fruit de la patience de ceux-ci et de leur énergie à se soigner.

(3) Rapport au Congrès d'hydrologie de Grenoble, octobre 1902.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 22 octobre 1902

Présidence de M. Ducastel

M. Courtade présente une note concernant l'*eau oxygénée* : celle-ci peut ne pas être inoffensive quand on s'en sert quotidiennement. L'orateur cite l'observation d'une jeune fille atteinte d'otorrhée chronique avec fistule mastoïdienne. Des pansements à base d'eau oxygénée médicinale firent disparaître la fétidité de l'écoulement et la suppuration, mais un jour la sécrétion reparut, il se forma même une ulcération à la base de la fistule.

La malade étant syphilitique, l'orateur institua un traitement spécifique qui resta sans résultat.

Incidemment, l'orateur apprit que la malade s'était servi, à partir du moment où les accidents réapparurent, d'eau oxygénée fournie par un coiffeur, au lieu du produit médicinal. La suppression de cette eau provenant du commerce fut suivie d'une guérison rapide.

On sait que l'eau oxygénée du commerce est très variable, quand à la nature et à la quantité de l'acide qu'elle contient; certaines eaux contiennent même de l'acide fluorhydrique, corrosif pour la peau.

M. Gallois estime qu'on aurait dû rechercher, par l'épreuve du permanganate de potasse, si l'eau, cause des accidents, contenait encore de l'oxygène en dissolution. Il est d'un autre côté facile de neutraliser l'acide en ajoutant, au moment de l'emploi, parties égales d'eau bicarbonatée sodique à 2 0/0 à l'eau oxygénée.

M. Bardet présente au nom de M. Vadam, un *nouveau densimètre*, destiné à faire connaître sans évaporation le poids des matières fixes en solution dans l'urine.

M. Gallois présente une malade atteinte de *maladie de Little* : le diagnostic a été fait par plusieurs médecins spécialistes et les traitements recommandés (toniques, bains salés, massage, électricité, etc.) n'ont pas produit de modifications bien appréciables. L'orateur a obtenu, chez cette malade, une véritable transformation, extrêmement rapide, de l'état paraplégique et de l'idiotie, par le traitement mercuriel. On ne retrouve chez les parents aucune trace de syphilis; l'enfant est un premier-né, venu avant terme à la suite d'une frayeur, affirme sa mère. Pas de fausse-couche. Le père est alcoolique.

Au moment du premier examen (mai 1902) l'enfant ne peut marcher seule ; la contracture n'est pas très accusée, elle s'accentue à la suite d'un effort : le strabisme est marqué.

L'accouchement avant terme ayant fait soupçonner la syphilis, l'orateur prescrivit vingt gouttes de liqueur de van Swieten par jour : onze jours après l'enfant marche seule. Quinze jours plus tard elle parle facilement, joue, son caractère autrefois sombre s'est transformé. Le strabisme diminue au bout d'un mois : la dose de liqueur de van Swieten est doublée. Actuellement, l'amélioration est beaucoup plus lente.

L'interprétation de ce cas n'est pas facile : la syphilis ne peut être révélée, et peut-être le mercure a-t-il exercé une action en dehors de toute infection spécifique. Il ressort toutefois de ce fait qu'il sera toujours indiqué, en présence d'un cas type de maladie de Little, d'essayer le traitement mercuriel.

M. Lafay reprend la discussion sur les injections mercurielles. Les raisons qu'a données M. Danlos de sa préférence pour le cyanure, ne sont pas spéciales à ce sel. Il ne coagule pas l'albumine, mais le chlorure double de mercure et de sodium, le lactate acide de mercure, etc., sont dans le même cas.

En outre, il n'est pas seul à exister à l'état de pureté parfaite dans le commerce. Mais il a quelques inconvénients : il est très douloureux, provoque des exanthèmes, dus peut-être à la présence du radical cyanogène, et facilement enfin de la stomatite et de la diarrhée. Le biiodure en solution aqueuse lui est bien préférable : l'huile biiodurée doit être abandonnée.

La forme pharmaceutique du sel choisi pour les injections est d'importance capitale, beaucoup de médecins finissent par s'adresser à une seule officine, dont les préparations leur inspirent confiance.

Les injections de biiodure aqueux sont d'une grande efficacité dans les cas graves (0,04 à 0,05 grammes par centimètre cube).

Pour les accidents observés jusqu'ici, avec les sels solubles, ils résultent d'une faute de technique, d'une intolérance spéciale ; on arrive, en compulsant quelques statistiques, au chiffre énorme de 105.000 injections sans accidents, avec une méthode encore jeune. Les anciennes méthodes de traitement de la syphilis ont certes produit bien autant d'accidents que la méthode des injections, et on ne les a pas pour cela abandonnées.

Actuellement, il importe d'accumuler les faits et non les opinions.

M. Désesquelles préfère les injections solubles aux insolubles : ces dernières exigent de la part de l'opérateur une habileté technique trop consommée pour qu'elles puissent être couramment utilisées.

Les injections solubles sont tout aussi efficaces, et en tous cas bien plus actives que les méthodes anciennes. L'orateur cite un malade, chez lequel il dut supprimer les injections, pour diverses raisons d'ordre extra-médical. Les accidents reparurent malgré l'administration de mercure à l'intérieur, et ne cessèrent que sous l'influence d'une nouvelle série d'injections.

La douleur varie beaucoup d'un sujet à un autre et chez un même sujet d'un jour à l'autre : les injections intra-musculaires sont les moins douloureuses.

Le traitement doit être commencé dès le début des accidents : alors que l'organisme est encore dans de mauvaises conditions de défense, alors que la virulence de l'affection est à son maximum, il faut intervenir avec énergie.

Il n'y a pas de raison pour admettre que les injections insolubles soient plus actives que les solubles, les faits d'ailleurs démontrent qu'il n'en est pas ainsi.

M. Leredde constate qu'aujourd'hui les praticiens n'ont pas d'autre direction, dans une question de cette importance, que les habitudes et préférences de maîtres dont ils suivent les conseils. En général, le dosage rationnel des injections, tenant compte de la quantité de mercure introduite, est négligé, et les doses employées sont trop faibles.

A-t-on, pour se rendre compte de l'efficacité de chacun de ces divers sels, eu recours à une expérimentation vraiment scientifique et uniforme? Non, les uns ont traité la roséole, symptôme fort variable comme intensité et comme durée, d'autres ont traité les plaques muqueuses, symptôme passible du même reproche. Il faudrait un critérium unique, par exemple le traitement des syphilides rebelles (langue, paume des mains, plante des pieds, etc.). Toute autre manière de faire ne peut qu'engendrer de considérables confusions.

Pour l'orateur, il n'existe pas d'affections parasyphilitiques : ces affections sont syphilitiques et guérissables, dans leur début, par un traitement spécifique énergique. On a prétendu que chaque fois qu'une affection parasyphilitique guérissait, on avait eu affaire à des pseudo-tabès, à des pseudo-paralysies générales, et que la syphilis ne produisait que des lésions systématisées.

Comment concilier ces deux assertions contradictoires? Pour l'orateur, on ne peut tabler sur les insuccès enregistrés jusqu'ici ; le traitement a été inefficace parce qu'il était fait à trop faibles doses, avec des procédés inefficaces. L'orateur, en présence d'un tabès ou d'une paralysie générale, s'adresse aux injections solubles à hautes dosses (hermophényl p. ex.) et obtient de remarquables résultats.

Actuellement, il s'agit dans cette question, de ne tenir compte que des travaux récents, de les colliger et de les examiner : les conclusions basées sur les faits anciens n'ont pas de valeur. Au début, on donnait des doses très faibles, on faisait des fautes de techuique, on avait des accidents, parfois mortels. Ce n'est pas sur ces données qu'il faut se baser pour condamner une méthode aussi importante, qui constitue un progrès évident sur les anciennes méthodes.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la faculté de Médecine.

Le régime lacté chez les diabétiques, par O. Torri (*La Clinica Moderna*, n° 31, 1902.) — L'auteur a essayé sur quatre diabétiques le régime lacté, sans obtenir de résultats satisfaisants. Un seul de ses malades s'est légèrement amélioré sous l'influence du régime, chez les autres, la quantité de glucose éliminé dans la journée n'a pas été influencé sensiblement. Néanmoins les malades ressentent un certain avantage et une amélioration subjective, spécialement à cause de la diminution remarquable de la polydypsie et de la polyphagie. Le régime lacté ne peut être prescrit indifféremment à tous les diabétiques ; il donne quelquefois des résultats dans les formes légères ; dans les formes graves, bien que dans la plupart des cas il n'ait aucune action, il peut parfois empirer la maladie. Au contraire on pourra l'employer avantageusement dans les diabètes compliqués de néphrite.

A. L. Percival.

Le traitement de l'artériosclérose par le sérum de Trunecek par Zanoni et Lattey (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche* n° 6, 1902). — Les auteurs ont essayé les injections de sérum de Trunecek, selon la méthode ordinaire, sur deux artérioscléreux atteints d'une forme assez grave d'angine de poitrine et sur un troisième qui présentait des troubles subjectifs très pénibles et souffrait surtout d'une forte dyspnée. Les effets ont été remarquables. Les auteurs sont d'avis que le traitement de Truneck devrait entrer dans la pratique ordinaire du médecin.

A. L. Percival.

Traitement des maladies du vieillard (*Travail publié à l'occasion du jubilé du Pr Leyden*). — Le Pr Renvers, dans la partie thérapeutique de sa publication, rappelle que chez le vieillard malade, il faut avant tout faciliter la circulation sanguine, et cela par le repos absolu, l'air chaud fréquemment renouvelé (température de la chambre 18° C. au moins). Un massage léger exercera une action excitante marquée sur la circulation ; un effet analogue sera obtenu par des frictions sèches, alors que les pratiques hydrothérapiques, trop fatigantes, seront en général évitées. On évitera les boissons chaudes abondantes, car elles augmentent le travail du cœur.

Les médicaments seront de préférence administrés par voie sous-cutanée (caféine, huile camphrée, éther, etc.). La digitale est, en général, mal supportée.

Les repas seront fréquents, peu abondants : peu d'aliments solides, les graisses et hydrocarbures seront donnés en proportion élevée. On veillera soigneusement au nettoyage de la cavité buccale (gargarismes au borax, avec addition d'un peu de glycérine).

E. Voet.

Le phosphorisme aigu, par Brouardel (*Journal de médecine interne*, n° 171, 1er sept. 1902). — Lorsqu'on est appelé peu de temps après l'ingestion du phosphore, il faut pratiquer un lavage de l'estomac avec de l'eau additionnée de permanganate de potasse. Ce sel est un oxydant particulièrement puissant et tous les efforts doivent concourir à transformer le phosphore toxique en des sels phosphatiques non toxiques, que ce soient des phosphates, des phosphites, des hypophosphites.

Le hasard a fait découvrir à un pharmacien de Dax, M. Audan, en 1868, que l'antidote vrai du phosphore était l'essence de térébenthine.

On donne à peu près 4 grammes d'essence, en capsules le 1er jour ; 2 grammes le jour suivant. Il se formerait entre la térébenthine et le phosphore des combinaisons phosphorées encore toxiques, mais infiniment moins toxiques que le phosphate lui-même.

G. Lyon.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'acide salicylique et le salicylate de soude (*Thérapeutique Moderne Russe*, n° 8, 1902). — Timireff a employé l'acide salicylique et le salicylate de soude sous forme de pommade.

Si l'on administre l'acide salicylique en pommade avec l'axonge.

Acide salicylique.....	10 grammes
Axonge.....	90 —

On obtient de moins bons résultats que lorsqu'on y mélange de la térébenthine. Dans ce dernier cas, la pommade est préparée d'après la formule ci-dessous :

Acide salicylique..	ãã 10 grammes
Térébenthine.....	
Lanoline.....	
Axonge.....	80 grammes

On peut se convaincre de la rapidité d'action de cette pommade, en constatant la présence de l'acide salicylique dans les urines au bout d'un laps de temps très court. Timireff estime donc que le traitement externe par cette pommade est tout indiqué dans les cas de rhumatisme articulaire aigu, où il y a contre-indication à l'emploi interne de salicylate de soude. Dans les cas où le processus pathologique ne présente pas une grande violence, il est préférable, d'après Timireff, de substituer dans la pommade en question le salicylate de méthyle à l'acide salicylique.

Pourtant ce traitement pour le succès duquel il faut presque toujours appliquer la pommade par trois fois sur l'articulation malade, ne paraît pas abréger l'évolution de la maladie, ne préserve pas contre les récidives et détermine à la longue une irritation de la peau. Ce qui fait que d'une façon générale Timireff préconise le traitement combiné par le salicylate de soude à l'intérieur (1 gramme) et par la pommade en question.

L'acide salicylique a été également employé en usage externe par *Eunis*s. Après avoir fait préparer le mélange suivant :

Acide salicylique.....	90 grammes
Alcool absolu.....	100 —
Huile de ricin.....	200 —

Il y trempe un petit tampon d'ouate d'un centimètre d'épaisseur et l'applique sur la partie malade qu'on recouvre d'un tissu imperméable et d'une couche d'ouate simple.

Le pansement est changé une fois par jour.

J. Roubleff.

La sympathicectomie dans le traitement de la maladie de Basedow, par G. Tomaselli (*Gazzetta degli ospedali e delle Cliniche*, n° 42, 1902). — A propos d'une femme atteinte d'une forme très grave de maladie de Basedow et traitée avec succès par la sympathicectomie, l'auteur étudie les cas opérés jusqu'à présent par ce procédé, la technique opératoire et les résultats qu'on obtient avec l'intervention limitée à la glande thyroïde hypertrophiée. Voici les conclusions de ce travail : Dans la maladie de Basedow la sympathicectomie est l'opération de choix et on doit la pratiquer dans tous les cas présentant une certaine gravité.

Dans le traitement des formes légères et des formes de pseudobasedowisme on aura recours soit aux nombreux moyens employés d'habitude, soit au traitement des affections qui donnent lieu à des phénomènes de basedowisme (affections ovariques; polypes du nez, etc.)

L'opération est plus simple et plus facile par la voie antérieure, c'est-à-dire en choisissant une incision qui suit le bord antérieur du sterno-mastoïdien. On choisira l'incision postérieure dans les cas où l'on aura à faire à un goître très développé.

La résection totale doit presque toujours être abandonnée : les meilleurs résultats sont obtenus par la résection partielle (du premier ganglion et d'une partie limitée du tronc du sympathique).

D'après les recherches les plus modernes, la maladie serait due à une excitation intense et permanente du sympathique qui serait l'intermédiaire entre l'élément causal et les organes périphériques (yeux, thyroïde, cœur).

A. L. Percival.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement des suppurations chroniques du sinus maxillaire par la résection de la partie inférieure de la paroi nasale du sinus, par R. Claoué (de Bordeaux) (in *Semaine Méd.*, 15 octobre 1902). — Actuellement, le traitement de choix des sinusites chroniques suppurées, lorsqu'elles ont résisté aux autres méthodes

consiste dans l'ouverture du sinus au niveau de la fosse canine et la formation d'un hiatus naso-maxillaire, avec réunion de la plaie buccale. Par cet orifice, on fait le curettage et le drainage de l'antre d'Hihmore, qui est soustrait à l'action nocive des liquides buccaux (opération de Caldwel-Luc). L'auteur trouve cette intervention compliquée, insuffisante souvent, car le curettage n'est pas toujours radical; enfin, elle est hors de proportion avec la gravité du mal. Il cherche donc la solution dans un drainage large, ainsi qu'il convient pour toute cavité suppurante. Le drainage alvéolaire a l'inconvénient de n'être que palliatif. C'est au *drainage nasal* qu'il faut avoir recours et la paroi interne du sinus sera attaquée, sans instrumentation spéciale, au niveau du méat inférieur. Voici la technique opératoire de ce procédé. Trois temps :

1° *Ablation de la moitié antérieure du cornet inférieur.* — Pour l'exécuter, il faut se servir de ciseaux coudés à lame mince, que l'on passe horizontalement par la narine, pour aller couper la moitié antérieure du cornet inférieur, coudée légèrement en bas. Un coup sec, et cette partie se détache : on la sépare de la partie postérieure avec l'anse froide à crémaillère; on ébarbe la muqueuse, s'il y a lieu. Eviter de blesser l'apophyse lacrymale, accident qui peut être l'origine d'obstruction du conduit lacrymo-nasal. Il faut, dans ce temps, faire usage de préparations surrénales et de cocaïne, moyennant quoi, on n'a ni hémorragie, ni douleur;

2° *Résection de la paroi.* — Pour créer un orifice suffisant, on repère le lien d'élection, à 2 centimètres en arrière de l'extrémité antérieure du cornet, par conséquent en arrière de l'orifice osseux du canal lacrymo-nasal, qui est à 1 centimètre. On ponctionne pour se renseigner sur la situation du sinus; puis on place une tréphine électrique de 6 millimètres, que l'on dirige le plus directement possible en dehors, en appuyant contre la sous-cloison. En trois secondes, on a fait un trou à l'emporte-pièce; on y introduit un stylet coudé pour explorer l'étendue du sinus, puis, en arrière, on applique une seconde couronne et on élargit vers le bas, à la pince coupante, de façon à niveler le plancher des deux cavités autant que possible; l'orifice doit avoir d'emblée une largeur qui lui permette de lutter contre le rétrécissement cicatriciel;

3° *Nettoyage et pansement du sinus.* — Après s'être assuré qu'il n'existe pas de cause susceptible de prolonger indéfiniment la suppuration, telle que la présence de dents, corps étrangers, cloisonnement etc., on curette *doucement* avec la curette à marche flexible. On évacue les plus grosses fongosités et on lave largement, sans insister davantage, pour terminer par un pansement avec une mèche de gaz iodoformée assez serrée, qui sera laissée à demeure deux jours. Le premier et le deuxième temps peuvent être faits en deux séances, si les circonstances l'exigent.

Traitement consécutif. — Lavages quotidiens et séchage à l'air chauffé. Enfin, insufflation de poudres antiseptiques non irritantes. La guérison est obtenue selon l'auteur, dans l'espace de deux mois à deux mois et demi, d'une manière progressive.

Les avantages de cette intervention sont les suivants : l'anesthésie locale suffit pour la pratiquer; la douleur est minime. L'accès du sinus est aisé, pourvu que le cornet ait été détaché au ras de son insertion. On a à la fois un drainage spontané constant et une aération permanente, funeste aux éléments anaérobies.

Si l'affection, entretenue par des altérations profondes de la muqueuse, refusait de céder, on pourrait transformer cette méthode en opération de Luc, en trépanant la fosse canine pour faire un curettage complet

A. Benoit.

Résumé de 48 cas de thrombose crurale post-opératoire, par Benj. R. Schenck (*N. York med. J.*, 6 septembre 1902). — Ces 48 cas de thrombose des veines des membres inférieurs ont été observés sur 7.130 opérations gynécologiques. Ce sont surtout les grandes opérations, l'hystéromyomectomie, l'ovariotomie qui fournissent le plus nombreux contingent des cas de thrombose. Le facteur étiologique le plus important est l'infection. La thrombose s'observe rarement après les opérations extra-pelviennes, et seulement dans les cas où il y a eu infection. L'anémie et la cachexie consécutives aux néoplasmes semblent des facteurs importants. La constipation et l'emploi des irrigations intestinales jouent un rôle douteux dans l'étiologie. Il s'agit d'une complication le plus souvent inattendue survenant pendant la convalescence. L'albuminurie est assez fréquente.

Le traitement de la thrombose post-opératoire a consisté à mettre les malades au lit, le membre inférieur élevé placé au-dessus d'oreillers. Parfois on a appliqué des compresses d'eau blanche ou laudanisées ou même de simples compresses d'eau froide : parfois aussi le membre a été enveloppé dans du coton. En tout cas la position élevée doit être maintenue au moins pendant cinq semaines après l'apparition des symptômes. Dans les cas où on a permis aux malades de se lever avant l'expiration de ce temps, le gonflement et la douleur

ont reparu lorsque les malades mettaient le pied à terre, ce qui n'est jamais arrivé lorsque le séjour au lit a été observé pendant les cinq semaines. Les cautérisations au thermocautère et le massage sont absolument contre-indiqués avant la sixième semaine, en raison des dangers d'embolie.

L. Jumon.

Traitement des hémorrhoïdes par l'énucléation, par George B. Evans (*New-York med. J.* 23 août 1902). — L'avant-veille de l'opération le malade prend 0, 15 à 0 20 centigrammes de calomel à doses fractionnées. Le lendemain il prend 15 grammes de sel d'Epsom. Le soir il se baigne et prend une douche ascendante. Le lendemain matin à 7 heures on lui donne un lavement d'eau froide et on opère deux heures plus tard. Le patient étant anesthésié est maintenu sur la table d'opération dans la position de la lithotomie. On écarte le sphincter avec les doigts et on fait une irrigation rectale avec une solution saline normale. On saisit alors chaque côté de la marge de l'anus avec une pince en T dont chacune est tenue par un aide. L'anus de cette manière est éversé et les hémorrhoïdes internes sont à jour et font saillie. Avec des ciseaux courbes on enlève la partie la plus saillante de l'hémorrhoïde, ce qui permet au sang de s'échapper et aux parois de s'affaisser. On enlève alors tout le tissu angiomateux par la dissection. On poursuit ainsi l'opération et chaque fois on arrose le champ opératoire avec une solution saline stérilisée portée à 45°. Les vaisseaux qui donnent sont saisis avec une pince hémostatique et au besoin on applique des ligatures. On enlève alors les pinces et on excise toutes les hémorrhoïdes externes avec des ciseaux en ayant bien soin d'éviter les incisions à la jonction de la peau avec la muqueuse. La même précaution doit être prise quand on enlève les hémorrhoïdes internes. On saupoudre enfin le champ opératoire avec une poudre antiseptique et on introduit un tampon à travers un spéculum bivalve. Le tampon, qui doit ressortir en partie de l'anus, est étalé dans sa partie externe sur l'anus et on complète le pansement par de la gaze et du coton maintenu par un bandage en T. L'opéré ne souffre pas comme dans les cas où l'on a employé les ligatures, des cautérisations ou des compressions par des pinces. La cicatrisation est plus facile par suite de la formation d'un exsudat qu'on n'enlève pas en renouvelant le pansement ; le malade n'est pas exposé à un rétrécissement. Au bout de 48 heures, on fait prendre au patient un purgatif et le tampon est enlevé sans difficulté et sans douleur. La région doit être lavée une ou deux fois par jour à l'aide d'une solution antiseptique, et les lavages sont continués pendant quelques jours chaque fois que l'opéré va à la selle.

L. Jumon.

Traitement du pied bot congénital à la naissance, par Lacroix (*Revue de cinésie*, 20 septembre 1902). — L'auteur estime qu'il faut commencer la médication dès qu'on est certain que la nutrition est normale : après 2 à 3 semaines, il faut intervenir, sans plus tarder.

On commence par traiter l'enroulement du bord interne du pied.

La méthode par excellence est le massage.

L'opérateur prend dans une main l'extrémité inférieure de la jambe, dans l'autre main la pointe du pied et, par une série de petites secousses, corrige l'adduction en redressant l'angle du varus. Chaque séance durera 5 minutes environ. Le massage terminé, il s'agit de maintenir le résultat acquis. L'auteur recommande d'enrouler d'abord une bande de flanelle sur le pied, depuis la partie terminale jusqu'à la racine : la peau doit être intacte, sans excoriation. Toute solution de continuité du revêtement cutané peut devenir une source de lymphangite et interrompre les manœuvres thérapeutiques.

Cette première bande étant roulée, on applique une petite attelle, alternativement du côté externe, de façon à varier les points d'appui : on fixe ensuite l'attelle avec une seconde bande. Le massage est renouvelé, matin et soir, et dans l'intervalle on applique le petit appareil. Après 15 jours à 3 semaines de ce traitement, le pied se trouve ramené dans le plan de la jambe, l'adduction n'existe plus, le varus est corrigé.

Reste l'équinisme, second temps du traitement. Si le pied est assez souple on fait du massage suivant les mêmes principes : une main sur la jambe, l'autre sur le pied, pour redresser le talon.

Lorsque le massage paraît insuffisant, on s'adresse à la ténotomie sous-cutanée : le tendon d'Achille coupé, il faut maintenir la réduction par un moule de gutta-percha. Cette substance fournit des appareils à la fois doux et résistants non altérés par l'urine de l'enfant. L'auteur l'emploie en lames en la ramollissant juste assez pour qu'elle prenne la forme du membre et la fixe en la recouvrant de compresses d'eau froide qui lui donnent la dureté suffisante.

On continuera l'emploi du massage et des appareils jusqu'à 7 ou 8 mois. A cet âge on emploiera des bottes en cuir roulé avec étrier

plantaire relevé sur le côté externe. Avec ces appareils simples, sans vis, sans plaques, on vient à bout des pieds bots les plus forts.

Il faut faire marcher l'enfant le plus tard possible, à 20 mois, à 2 ans au besoin. A ce moment, on remplace les bottes de cuir par des souliers spéciaux du même type. L'atrophie musculaire sera combattue par le massage et l'électrisation.

E. Vogt.

De l'eau oxygénée en chirurgie, par le Dr Bichat (*Revue Medic. de l'Est*, 4 août 1902). — Au cours de cette année, nous avons souvent relaté les bons résultats obtenus par l'emploi de l'eau oxygénée comme antiseptique dans les diverses affections chirurgicales. A la suite de plusieurs échecs, l'accord ne paraît pas se faire sur la valeur de ce liquide, comme antiseptique courant. Il est vrai d'ailleurs que, dans les suppurations ordinaires, il se montre notablement inférieur à l'eau phéniquée. Peut-être vaudra-t-il mieux en réserver l'emploi à certaines infections spéciales, comme paraît le démontrer un travail, fait à la clinique de M. Weiss (de Nancy). M. H. Bichat a eu l'occasion d'appliquer cet agent à la désinfection d'une gangrène gazeuse très grave de la cuisse, après un grand traumatisme. Les effets furent immédiats et complets. Souligoux, cité dans la thèse de Legros, a traité par de longues et multiples incisions, suivies de lavages à l'eau oxygénée, un cas de gangrène gazeuse de la jambe. L'amélioration fut également très rapide. Chaque fois que l'infection semble due au développement de microbes anaérobies (vibrion septique et espèces voisines), l'eau oxygénée prend la valeur d'un véritable spécifique et donne réellement de meilleurs résultats que les antiseptiques jusqu'ici employés. Il convient cependant de n'en user qu'avec beaucoup de prudence dans les cavités séreuses (empyème), car on a signalé des cas d'embolies consécutives à son absorption.

A. Benoit.

Anesthésie générale par le chlorure d'éthyle (*Société de Chirurgie*, 1er octobre 1902). — On sait que des essais très sérieux ont été faits pour faire entrer le *chlorure d'éthyle* parmi les agents usuels d'anesthésie générale. Nous avons publié ici-même les bons résultats déjà acquis.

M. Girard (médecin de marine), ayant expérimenté chez l'homme et chez les animaux, vient d'adresser ses conclusions dans le sens qui précède; mais il ajoute qu'il a pu facilement déterminer des accidents mortels chez les animaux, à doses élevées. M. P. Berger a expérimenté sur lui-même cet agent anesthésique et l'anesthésie a été obtenue très rapidement. MM. Guinard et Bazy se déclarent satisfaits de son emploi pour les interventions de courte durée. M. Le Dentu, rapporteur, exprime l'opinion que le chlorure d'éthyle est surtout avantageux pour l'anesthésie mixte. Au début il écarte tout danger de syncope et les malades le supportent très bien; mais il faut avoir soin de l'administrer pur, sans mélange d'air. Si l'on juge que l'anesthésie doit être prolongée, on doit lui substituer l'emploi du chloroforme.

A. Benoit.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Médecin des hôpitaux

Action de l'acide carbonique sur la digestion stomacale (*Deutsches Arch. f. Klin. Med. Vol.* 73, 1902). — Le Pr Pentzoldt a reconnu, dans une série d'expériences, que l'acide carbonique n'exerce pas, à vrai dire, une action très marquée sur la digestion stomacale, mais que l'on peut tout de même constater que la sécrétion de l'acide chlorhydrique commence plus tôt et est plus active sous son influence. La digestion stomacale s'effectue avec CO^2 dans un temps plus court.

Dans les dyspepsies, on s'abstiendra de boissons gazeuses dans les cas de sténose pylorique ou d'ulcère, car la distension stomacale que produit l'acide ne peut qu'être nuisible dans ces conditions. Au contraire dans l'hypochlorhydrie et l'atonie (à l'exception des cas graves), cette distension a pu exercer une influence nocive, et l'excitation des fonctions gastriques entre seule en jeu pour favoriser l'acte digestif. En conseillant aux hypochlorhydriques l'ingestion, après le repas, d'un demi-litre au plus d'eau gazeuse, on obtiendra de bons résultats.

E. Vogt.

Guérison d'un cas d'ulcère stomacal par le xéroforme (*Allg. med. Centralztg*, no 61 1902). — Dieminger cite un cas d'ulcère stomacal traité par la vessie de glace sur l'épigastre, les lavements nutritifs et l'ingestion de xéroforme (quatre cachets de 0 gr. 5 par jour). Le soir, injection de morphine. Le remède n'a produit aucun trouble accessoire.

La guérison date de 10 mois : la région stomacale, autrefois hyperesthésique à la palpa-

tion, est absolument indolore aujourd'hui, les troubles dyspeptiques ont disparu; le poids a augmenté.

E. Vogt.

Emploi de l'électricité dans le traitement de la constipation habituelle, par Sigismond Cohn (*N.-Y. med. J.*, 6 septembre 1902). — La première indication dans le traitement de la constipation est de corriger les habitudes hygiéniques, surtout en ce qui concerne le régime et les exercices physiques. La seconde est de combattre l'état atonique de l'intestin. Dans ce but, on a eu recours au massage, à l'électricité, à la gymnastique, à l'hydrothérapie. On a contesté l'action du courant faradique, qui cependant réveille certainement les contractions péristaltiques. Le courant galvanique est, sans doute, plus effectif; mais c'est surtout l'électricité statique que recommande l'auteur pour modifier la nutrition de l'intestin. Pour cela, il ne faut pas employer l'électricité comme dernière chance de succès quand tous les autres moyens ont échoué. D'après Cohn, on obtient les meilleurs effets contre l'atonie de l'intestin avec les courants statiques et les courants ondulatoires; 75 0/0 des cas traités ainsi ont eu une guérison durable. On observe en même temps la réduction de la circonférence abdominale.

L. Jumon.

Appendicectomie pour dyspepsie appendiculaire, par M. Longue (de Rouen) (*in Progrès Médical* 20 sept. 1902). — Sous ce titre, l'auteur rapporte trois cas où l'appendicite a dû être enlevé pour des troubles qu'il nomme dyspepsie appendiculaire et qui ne paraissent guère se différencier des *appendicites communes à forme gastrique* jusqu'à ce jour plusieurs fois dépeintes. Chez tous ces sujets il est question de « barre sur l'estomac » de crises d'indigestion « pyrosis » etc. avec douleur plus ou moins précise au foyer de Mac Burney. Comme lésions, on trouva deux fois de la folliculite simple avec adhérences péritonéales, une fois de la sclérose atrophique avec amputation spontanée de l'organe. La division pathogénique à laquelle ces faits servent de point de départ nous semble par trop factice et les signes cliniques d'une appréciation assez délicate. Par contre, on peut s'associer à la conclusion par laquelle l'auteur termine son article, car, dans sa modération, elle vise selon nous, l'appendicite chronique vulgaire, aussi bien que la forme qu'il étudie particulièrement. « La dyspepsie appendiculaire », dit-il, ressortit au traitement chirurgical, mais sans urgence. D'ailleurs, la cure médicale avait échoué chez ses malades. Dans tous ces cas, à la suite de l'appendicectomie, les malades reprirent très rapidement une santé florissante.

A. Benoit.

Actinomycose appendiculaire, par MM. Poncet et Thevenot (*in Gazette des hôp.*, 12 août 1902). — Femme de 45 ans, ayant l'habitude de manger des grains de blé et d'orge crus, pendant qu'elle était à la campagne présente des crises d'appendicite à répétition simulant l'appendicite aiguë banale. Entre temps, péritonite intermittente, terminée par résolution. Enfin, développement dans la paroi abdominale, du côté droit, assez près de la ligne médiane, et au-dessous de l'ombilic, d'une tuméfaction du volume d'une mandarine, faisant corps avec la sangle musculo-aponévrotique, sans prolongement profond. La consistance était *ligneuse*, la forme hémisphérique. Il y avait un peu de douleur à la pression. En l'absence des commémoratifs ci-dessus énoncés, le diagnostic fut : appendicite à répétition avec noyau d'épiploïte ancienne. Intervention : M. Poncet fait une incision médiane de la tumeur. La peau est libre de toute adhérence. Le bistouri entre dans un tissu scléreux, véritablement fibromateux d'aspect. La curette enlève des fongosités grisâtres logées dans des alvéoles creusées dans le tissu fibreux. On trouve alors un peu de pus jaunâtre qui fait songer à l'actinomycose. L'incision est poursuivie jusqu'à l'ouverture de la cavité abdominale. Epiploon adhérent qu'il faut réséquer tout d'abord pour apercevoir un cœcum distendu et vasculaire, et, vers l'arcade curale, l'appendice recourbé en fer à cheval, adhérant par son sommet au péritoine pariétal, au niveau de la tumeur. La résection de cet organe est faite suivant les règles habituelles. La plaie est laissée ouverte de parti pris. On cautérise au fer rouge les tranches de la tumeur pariétale. Drainage avec des mèches de gaze iodoformée. Pansement à ciel ouvert. Les bourgeons charnus furent surveillés pendant la cicatrisation et touchés avec la teinture d'iode et le crayon de nitrate d'argent. En même temps, *traitement ioduré intensif*, par doses progressives, jusqu'à atteindre 6 et 8 gr. de KI par jour. Guérison lente, mais sans incidents. Les grains jaunes et le mycelium caractéristiques ne purent être décelés dans le pus que contenait l'appendice ; mais ils existaient en abondance dans les fongosités de la paroi. L'auteur pense donc que, l'étiologie n'étant pas douteuse, les parasites se sont accumulés pendant plusieurs années, ce qui n'a rien d'anormal, et que la localisation s'est faite à l'appendice, sous l'influence d'un mauvais état général. MM. Poncet et Berard

(1898), ont montré que les lésions actinomycosiques ulcéreuses de l'intestin peuvent gagner de proche en proche, sans laisser trace de leur passage derrière elles. Il peut en avoir été ainsi dans ce cas, bien que l'auteur admette plutôt l'infection par diapédèse des globules blancs chargés de spores. La péritonite sèche que l'on constata semble justifier cette opinion.

Quoi qu'il en soit, il est à remarquer que le *traitement médico-chirurgical* est remarquablement efficace dans les cas de ce genre. Les foyers actinomycosiques doivent être incisés, drainés et pansés à ciel ouvert. Le traitement local s'impose tant qu'il y a un reste de plastron actinomycosique ; la teinture d'iode et le nitrate d'argent sont particulièrement recommandables. Enfin l'administration de l'iodure de potassium à haute dose vient activer la guérison, lorsque le malade a dépassé la période de réaction opératoire.

A. Benoit.

Appareil pulmonaire

Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine

Traitement de la phtisie par les injections sous-cutanées d'arsenic, par H. Cybulzki (*Munch. med. Woch.*, 19 août 1902). — L'auteur se sert pour ces injections d'un mélange composé de 2 grammes d'arséniate de soude pour 20 grammes d'une solution à 5 0/00 d'acide phénique. Pour les injections initiales la seringue de Pravaz est partiellement remplie. La dose est augmentée tous les jours ou tous les deux jours jusqu'à ce qu'on injecte la seringue entière en une seule fois. Dans tous les cas les injections ont été faites tous les jours pendant trois semaines. Sur dix malades traités par cette méthode, quatre ont montré une amélioration qui a consisté dans la diminution de la fièvre et des sueurs nocturnes, dans l'augmentation de l'appétit, du poids corporel et des forces générales. Il ne s'est produit aucun effet fâcheux sur l'intestin ou sur le cœur. Il n'y a jamais eu d'albumine, les reins n'ont donc pas été irrités par les injections. Les lésions pulmonaires ne paraissent pas enfin avoir été influencées en quelque manière par le traitement.

L. Jumon.

Traitement chirurgical de l'empyème, par M. Dowd (*Medical News*, 13 septembre 1902). — L'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes. Dans les cas simples d'empyème il emploie le traitement suivant : il excise un pouce et demi environ de la septième ou de la huitième côte dans la ligne axillaire postérieure. Le malade est anesthésié par l'éther le plus souvent. On enlève tous les caillots purulents. Pour le drainage, on se sert de tubes de caoutchouc courts, maintenus par de grandes épingles. On applique ensuite un copieux pansement de gaze qu'on enlève quand il est souillé. Si l'état du malade contre-indique l'anesthésie générale, on fait une incision sur le thorax entre deux côtes en employant des injections de cocaïne. L'aspiration n'est employée que pour donner un soulagement temporaire aux malades qui paraissent souffrir de la présence du liquide en grande quantité ou comme traitement palliatif d'un second empyème, quand celui du côté opposé a été ouvert.

Les malades quittent le lit dès qu'ils le peuvent et pour favoriser les mouvements d'expansion pulmonaire ils doivent pratiquer l'expiration forcée. On ne se sert d'irrigations que si le liquide issu de la plaie a une mauvaise odeur provenant de la gangrène des tissus. Les opérations secondaires ne sont faites que si elles sont absolument nécessaires : habituellement il faut laisser passer trois ou quatre mois après la première opération et en tout cas, il faut n'avoir constaté aucune amélioration notable au bout d'un mois. Dans l'opération secondaire, on doit favoriser l'expansion du poumon par de nouvelles incisions, et si cela est nécessaire en enlevant les portions épaissies de la plèvre pulmonaire.

De l'examen de quarante-quatre malades longtemps après l'opération, il résulte que la guérison est habituellement complète dans les cas simples et qu'il n'y a que peu de déformation dans la plupart des cas graves.

L. Jumon.

L'asthme hystérique et le traitement de l'asthme en général (*Deutsche med. Ztg.*, 13 oct. 1902). — Brugelmann estime qu'en cas d'asthme réflexe, à point de départ naso-pharyngien, les spécialistes n'interviennent en général pas assez énergiquement. L'hypertrophie des cornets inférieurs, par exemple, doit être cautérisée au galvano, assez profondément pour donner naissance à une cicatrice épaisse. Les autres points du naso-pharynx susceptibles de provoquer par leur irritation l'asthme réflexe doivent être de même recherchés avec soin et cautérisés. On est souvent étonné de voir combien d'asthmes soi-disant bronchiques sont justiciables de cette thérapeutique.

En cas d'asthme bronchique vrai, la pneumothérapie jouera le rôle principal; avec elle on peut combiner les inhalations (sels ammoniacaux pour favoriser l'expulsion des sécrétions, plus tard, alun, tannin, etc., pour sécher la muqueuse).

L'asthme utérin est fort souvent causé par une occlusion spasmodique douloureuse du col, très difficile à vaincre.

Dans les cas d'asthme hystérique ou neurasthénique, c'est la suggestion à l'état de veille qui donnera les meilleurs résultats. Il faut avec persévérance démontrer au malade l'inutilité de la toux au point de vue de l'expulsion des sécrétions : en même temps, on recourra à des pratiques hydrothérapiques appropriées.

L'asthme par intoxication est justiciable de l'hydrothérapie et du régime.

L'asthme des pléthoriques est très favorablement modifié par l'opothérapie thyroïdienne.

Les injections de morphine et dionine serviront à couper les accès. On prescrira :

Dionine.....	1 gramme
Morphine.....	0 gr. 10
Eau dist.....	10 grammes

Injecter une demi-seringue de Pravaz. Grâce à cette combinaison des deux alcaloïdes, on évite l'accoutumance.

L'action de l'atropine est remarquable, mais le médicament est trop souvent mal toléré.

Le nitrite d'amyle, le chanvre indien, la pyridine ont des effets fort variables.

L'application du courant induit, chaque pôle sur un des larynges supérieurs, pendant 15 à 20 minutes, peut enrayer souvent un violent accès.

E. Vogt.

Traitement des anévrismes par des injections sous-cutanées de gélatine (*Wratch Pratique*, n° 29, 1902). — Verichinyne a employé les injections sous-cutanées de gélatine chez 5 malades atteints d'anévrisme. Sur ces 5 malades 4, constatant une amélioration après 5 à 6 injections, ont suspendu le traitement, le dernier s'est laissé soigner jusqu'au bout. Chez ce malade, âgé de 45 ans existait depuis 4 ans déjà un anévrisme de la crosse de l'aorte très saillant et accompagné d'une dyspnée très intense, de douleurs de poitrine s'irradiant dans le dos entre les omoplates vers l'épaule et le bras gauche. L'anévrisme était animé de fortes pulsations et d'un bruit perceptible par le malade.

Les procédés de traitement habituel ayant échoué, on a décidé de recourir aux injections sous-cutanées de gélatine.

La première fois on a injecté 100 centimètres cubes de solution de gélatine dans le sérum artificiel à 1 0/0; la deuxième fois on a injecté 150 grammes de la même solution. Ensuite les injections ont été continuées tous les trois jours à la dose de 200 centimètres cubes (solution à 3 0/0). Le nombre total des injections a été de 15.

Le résultat du traitement a été le suivant ; diminution considérable des pulsations de l'anévrisme, disparition du bruit et disparition complète de la dyspnée et des douleurs. Le malade a pu dès lors faire des marches assez longues, jusqu'à 2 kilomètres.

En outre, le sac anévrismal est devenu plus petit à la percussion, tout en restant encore assez volumineux. Durant deux ans et demi le malade se sentait très bien portant; mais après avoir pris part à l'extinction d'un incendie, il a ressenti de la pesanteur dans la poitrine, des douleurs entre les omoplates ; en outre il a été atteint d'aphonie.

A l'examen on a constaté que les pulsations ont fortement augmenté dans la partie supérieure de la tumeur et on trouva une paralysie de la corde vocale gauche. On fit dix nouvelles injections de 200 grammes de solution à 5 0/0. L'aphonie a disparu, le sac anévrismal est revenu au volume qu'il avait avant l'accident; les pulsations ont aussi diminué, la dyspnée ainsi que la douleur de poitrine ont disparu.

Au bout d'un an l'état du malade ne s'est pas aggravé. L'auteur n'a constaté aucun accident sérieux. Le malade éprouve après l'injection tantôt de la douleur, tantôt une sensation de cuisson au point d'injection ; parfois la température s'élève légèrement (de 0,5 à 1 degré). Mais d'une façon générale, deux heures après l'injection, le malade ne se ressent plus aucunement de l'intervention.

En terminant l'auteur émet un avis très favorable à ce procédé et insiste sur la nécessité d'intervenir aussi tôt que possible.

J. Roubleff.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement des tics (Discussion au Congrès des aliénistes et neurologistes français, 1-7 août 1902). — Pitres et Cruchet rapportent 6 cas de tics traités par des exercices de gymnastique respiratoire; 4 cas ont été guéris en

3 à 6 semaines, un cas a demandé 18 mois; un autre n'a pas été amélioré.

Bourneville s'est bien trouvé des exercices de piano avec chant.

Henry Meige conseille de faire exécuter aux tiqueurs leurs exercices devant un miroir, qui donne au malade la notion du moindre mouvement exécuté par eux et qu'ils peuvent méconnaître; le sujet s'habitue ainsi à corriger les moindres tics; il peut arriver avec de l'exercice à imiter son tic, au moment où il ne tique pas et à se rendre compte des corrections nécessaires. Il faut viser à supprimer chez ces malades les mouvements automatiques inutiles.

Hartenberg fait remarquer qu'il y a plusieurs variétés de tiqueurs; les uns sont indifférents à leurs tics; d'autres voudraient y mettre fin et sont dépourvus de volonté suffisante, il faut alors essayer de rééduquer la volonté, chez d'autres les tics s'accompagnent d'un état d'angoisse aussitôt que les sujets veulent les régulariser.

P. Sainton.

Suites éloignées du traitement chirurgical de l'idiotie et de l'épilepsie, par Bourneville (de Paris). (*Congrès des aliénistes et neurologistes français*, 1-7 août 1902). — Les résultats obtenus dans le traitement de l'épilepsie par la trépanation sont problématiques. Dans l'épilepsie essentielle, les accès disparaissent passagèrement après l'opération, pour se montrer plus nombreux ensuite. Dans l'épilepsie jacksonienne, si l'on suit les opérés pendant assez longtemps, on voit que la guérison ne s'observe guère. Seule l'épilepsie traumatique est justiciable de la chirurgie, à condition que l'intervention soit précoce. Le traitement chirurgical de l'idiotie est abandonné aujourd'hui.

Orreggia, chez cinq épileptiques, a vu les attaques diminuer à la suite de la double résection du lymphatique cervical; les accès reparaissent ensuite, plus nombreux. Il fut obligé de revenir au traitement bromuré qui s'est montré efficace.

P. Sainton.

Des agents physiques et mécaniques dans le traitement des hémiplégies organiques par E. Deschamps (de Rennes). (*Congrès des aliénistes et neurologistes français*, 17 août 1892). — L'électrothérapie est dangereuse dans le traitement de l'hémiplégie, à cause de son action désastreuse sur les contractures. C'est la gymnastique avec mouvements passifs et actifs qu'il faut préférer; une condition indispensable s'impose dans ce mode de traitement, c'est l'absence de tout effort de façon à ne pas dépassser le moment du système le moins favorisé, dans la mise en jeu des antagonistes.

P. Sainton.

Traitement de la paralysie générale, par Devay (de Lyon) (*Congrès des aliénistes et neurologistes français*, 17 août 1902). — L'auteur a soumis des paralytiques généraux au traitement spécifique; injection de calomel hebdomadaire et dose d'iodure de potassium élevée jusqu'à 20 grammes par jour. Sur 21 cas, les résultats pouvent être rangés dans 4 catégories : 1° Disparition des signes somatiques; persistance des troubles intellectuels; 2° Persistance de l'affaiblissement intellectuel, atténuatien des zones somatiques; 3° Amélioration complète de l'intelligence avec persistance de quelques troubles; Rémission complète.

Discussion : A. Marie préconise l'emploi du sérum ioduré dans la p. g.

P. Sainton.

La cure de désintoxication dans les maladies mentales par Bonnet (de Grenoble). (*Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, 1 au 7 août 1902). — B. insiste sur la nécessité de la désinfection du tube digestif chez les aliénés en raison du rôle pathogénique des intoxications dans la genèse des psychoses. Il faut y joindre le régime lacté soit seul soit associé avec la lactose, parfois la théobromine ou la diurétine, les purgatifs, les injections de sérum, l'alitement.

P. Sainton.

Sur le traitement des buveurs par la suggestion hypnotique, par Régis (de Bordeaux) (*Congrès des aliénistes et neurologistes français*, 1-7 août 1902). — Comme l'a signalé Bérillon, les alcooliques peuvent tirer un bénéfice de la suggestion hypnotique; il ne faut point limiter cette efficacité de la suggestion à la seule intoxication alcoolique. Les troubles et toutes les intoxications d'origine exogène et endogène peuvent bénéficier de ce mode de traitement; les manifestations psychiques des intoxications sont identiques à celles de l'hystérie et constituent de véritables états seconds.

P. Sainton.

Le traitement des névralgies du trijumeau par la résection du sympathique cervical (*Gazette degli ospedali e delle cliniche* n° 8 1902). — Cavazzani décrit un nouveau cas de résection du premier ganglion du symphatique cervical dans le but de modifier une névralgie rebelle du trijumeau droit ayant résisté pendant trois ans à tous les moyens employés. La malade a été opérée en mai 1901 et jusqu'à présent

elle se porte très bien. Les douleurs ne cèdent pas d'emblée après l'opération, mais petit à petit au cours des jours suivants. La malade eut encore deux rechutes très légères et qui furent très facilement jugulées par de faibles doses d'analgésiques. Les déformations post-opératoires se bornent à un léger enfoncement de l'œil droit et à une légere hyperémie de la moitié droite du visage.

L'auteur ne saurait donner une explication exacte de l'action très favorable exercée par cette opération. Le ganglion extirpé était plus gros que normalement et son tissu bien plus vascularisé que d'habitude. Les cas ainsi traités par l'auteur sont au nombre de trois; Chipault en a fait connaître quatre et Jaboulay un. Les praticiens devraient prendre en considération cette opération, qui est bien plus simple et facile à faire que l'extirpation du ganglion de Gasser : elle ne présente pas le danger de complications fâcheuses. Les expériences des physiologistes sur les animaux ont toujours provoqué des altérations durables : ce fait ne s'est jamais produit chez l'homme.

A. L. Percival.

Le massage chez les tabétiques, par Faure et Constensoux. (*Rev. de Cinésie*, 20 sept. 1902). — La massothérapie est généralement employée et très mal comprise dans le traitement du tabès.

Un massage modéré et méthodique peut sans doute aider au maintien de la nutrition générale et par conséquent empêcher ou atténuer l'amaigrissement ou l'atrophie musculaire chez les tabétiques comme chez d'autres malades, mais à la condition que ce massage tiendra compte des réactions propres au tabétique.

Le pétrissage, le tapotement vigoureux ou même simplement les séances trop longues ou le massage trop étendu augmentent la fatigue habituelle du malade, son impotence musculaire et son incoordination.

Dans le même ordre d'idées, certaines manœuvres, qui ont leurs raisons d'être chez les hommes sains dont on veut développer les forces et la souplesse, doivent être absolument proscrites chez le tabétique, tels sont : les mouvements passifs exécutés avec plus ou moins de force et qui exagèrent les saccades et la brusquerie habituelles aux gestes des ataxiques, — les exercices d'assouplissement qui ne font qu'augmenter la laxité ligamenteuse et musculaire — enfin tous les exercices de force au cours desquels le tabétique, dont la sensibilité profonde est troublée ou abolie, contusionne ses nerfs, arrache ses ligaments et déchire ses muscles, sans même s'en apercevoir.

C'est à titre de stimulant de la sensibilité cutanée (en frictions, effleurage, percussion légère), à titre de stimulant de la sensibilité profonde et surtout de la nutrition musculaire (frictions douces, mobilisation prudente) que le massage sera utile aux tabétiques. Il leur servira aussi contre les paralysies, les atrophies, les fractures et les entorses qui surviennent quelquefois au cours du tabès.

E. Vogt.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

D' Morel-Lavallée

Médecin des hôpitaux

Les bâtons de pommade, par Pautrier (*Rev. prat. des mal. cutanées*, septembre 1902). — Ces bâtons rendent de grands services dans le traitement de dermatoses qui ne sont pas suffisamment graves pour obliger le malade à garder la chambre et qui cependant seront heureusement modifiées par l'application, renouvelée à différents moments de la journée, d'un agent médicamenteux que le malade peut facilement porter sur lui. On peut aussi combiner l'application d'une pommade active pendant la nuit, avec l'emploi d'un bâton de pommade pendant le jour.

Les bâtons de pommade se font suivant 2 types de formules.

La formule d'Unna et Leistikow est un mélange d'adeps lanœ et de cire dans la proportion de 66 à 34. Le mélange est fondu, coulé dans des tubes de verre maintenus dans l'eau chaude, puis après refroidissement, découpé en petits morceaux et enveloppé de papier d'étain.

On peut incorporer au mélange à peu près toutes les substances médicamenteuses.

Chrysarobine	30	grammes
Cire	20	—
Adeps lanœ	50	—
Us. Ext.		
Soufre	10	—
Cire	30	—
Adeps lanœ	60	—
Us. Ext.		
Oxyde de zinc	20	grammes
Cire	25	—
Adeps lanœ	55	—
Us. Ext.		

Les crayons de pommade d'Audry ont la formule générale suivante ;

Beurre de cacao.....	70	grammes
Paraffine.....	10	—
Huile d'olive.....	10	—
Médicament actif de 2.50 à	15	—

On prescrira, par exemple ;

Résorcine.....	15	grammes
Beurre de cacao.....	60	—
Paraffine.....	10	—
Huiles d'olives.....	15	—

Us. Ext.

Sublimé.....	2	gr. 50
Beurre de cacao.....	80	—
Paraffine.....	15	—
Huile d'olives.....	2	— 50

Us. Ext.

Lorsque les bâtons de pommade sont bien préparés, ils ont une consistance ferme, mais sont onctueux au toucher et doivent s'écraser facilement sur la peau.

Unna, dans le but de tuer les cocci et de combattre les maladies parasitaires de la peau par une stérilisation discontinue s'est arrêté à la formule suivante :

Stéarate de soude.....	6	grammes
Glycérine.....	2	gr. 50
Alcool, q. s. pour faire.....	100	—

pour un crayon à couler dans un tube d'étain.

On pourrait à la rigueur augmenter l'effet du crayon à l'alcool en y incorporant des médicaments solubles dans l'alcool : résorcine, acide benzoïque, sublimé.

Lorsqu'on passe le crayon à l'alcool sur la peau, il laisse sur celle-ci un fin vernis savonneux d'alcool invisible.

Il convient particulièrement au traitement de jour des impétigos superficiels, des sycosis, des acnés pustuleuses.

Les crayons résineux pour l'épilation (Unna), sont des crayons de colophane contenant 10 0/0 de cire jaune.

On les chauffe à la flamme comme un bâton de cire à cacheter, on applique sur la peau et dès que le crayon est refroidi on tire d'un coup sec, les racines des poils restent adhérentes à l'extrémité du crayon.

Ce mode d'épilation est rapide et, déclare Unna, moins douloureux que la pince à épiler. Cet auteur le recommande dans le favus, le sycosis, les nœvi pilaires.

E. Vogt.

Dérivés de l'aldéhyde formique dans le traitement de diverses dermatoses (*Medicinskoïe Obosrenie*, n° 9, 1902). — Veliamovitch a employé le tannoforme dans l'intertrigo des enfants et il estime qu'aucun médicament ne saurait l'égaler.

Il prescrit généralement le tannoforme en poudre.

Tannoforme.....	1 partie
Talc ou amidon..	1 à 5 parties

On peut y ajouter un peu d'oxyde de zinc et de sous-nitrate de bismuth, mais cela n'est pas nécessaire.

Les régions malades sont saupoudrées environ quatre fois par jour et sont recouvertes d'une couche d'ouate hydrophile. L'enfant guérit en quelques jours.

Le même excellent résultat est obtenu avec le tannoforme mélangé d'oxyde de zinc et d'acide borique dans l'eczéma humide. On arrive assez rapidement à la période de desquamation sèche, exigeant un autre traitement.

La transpiration des pieds constitue un accident sinon grave, du moins excessivement désagréable pour ceux qui en sont atteints. Cette transpiration peut dans certains cas se compliquer d'eczéma interdigital.

L'auteur a épuisé dans ces cas tout l'arsenal dermatologique et sans le moindre succès. Il a eu alors l'idée de recourir au tannoforme. Le succès a dépassé toutes ses espérances. Déjà au bout d'un ou de deux saupoudrements (tannoforme au quart) le prurit a disparu complètement, les régions humides se sont desséchées, les fissures se sont cicatrisées rapidement et au bout de 3 à 4 jours la guérison a été complète.

Dans un certain nombre de cas, à défaut de tannoforme, l'auteur a essayé dans l'eczéma interdigital des badigeonnages simples avec de faibles solutions de formol (6 à 7 gouttes de formol pour 30 à 50 grammes d'eau). Les badigeonnages ont été pratiqués une fois tous les deux jours ; après le badigeonnage la région malade était recouverte d'ouate qu'on changeait deux fois par jour. Un ou deux badigeonnages ont suffi pour amener la guérison. Ce procédé serait donc excellent s'il ne présentait pas un assez grave inconvénient : il est douloureux ; la douleur très cuisante dure environ une demi-heure.

L'auteur se demande si l'on n'arriverait pas à supprimer la douleur en badigeonnant préalablement à la cocaïne.

Il a également employé dans les mêmes cas un autre dérivé de l'aldéhyde formique, l'urotropine d'après la formule suivante :

Urotropine.....	ãã
Acide borique.....	
Tannalbine.....	
Bismuth.....	

Cette poudre, quoique exerçant une action favorable, s'est montrée inférieure au tannoforme.

La formaline pure non dissoute, comme topique donne un excellent résultat dans le traitement des ulcères torpides et infectés.

J. Robbleff.

Traitement des dermatoses non parasitaires par le triacétate de pyrogallol (*Therap. Monatshefte*, septembre 1902). — Clemm a étudié l'action de ce produit qui a reçu le nom de *lénigallol*, dans l'eczéma chronique des scrofuleux. Ce topique a sur le pyrogallol le grand avantage de n'être pas irritant : on peut l'incorporer à des pâtes à la dose de 20 0/0 au besoin, sans inconvénient.

L'auteur cite une série de cas d'eczéma du cuir chevelu, d'intertrigo, etc., rapidement modifiés par le lénigallol, alors qu'ils avaient résisté aux traitements classiques.

E. Vogt.

Expériences de Plato concernant la préparation et l'emploi de la trichophytine (*Travail publié* par Neisser, *après la mort de l'auteur. Arch. f. Derm. u. Syphilis*, n° 60 1902). — La trichophytine est obtenue par filtration d'un liquide tenant en suspension une culture pure de trichophyton préalablement pulvérisée : le procédé rappelle celui recommandé par Koch pour l'obtention de la tuberculine. En injections sous-cutanées chez des personnes bien portantes, la trichophytine ne provoque aucune réaction : chez les sujets atteints de trichophytine il se produit au contraire, en général 24 à 36 heures après l'injection, une poussée fébrile s'accompagnant de réaction locale, caractérisée par de l'hypérémie, la formation de pustules, une irritation cutanée sur les points infectés par le parasite. A cette poussée succède une rétrocession marquée du processus morbide : l'infiltration diminue, et le terrain s'améliore, même quand les champignons persistent.

Il y a lieu de remarquer que seules les lésions ressortissant au trichophyton vrai (sycosis parasitaire) sont influencées par la trichophytine : les sujets ainsi atteints sont les seuls présentant la réaction.

Chez des malades atteints de favus, on procéda de même et on injecta de la *favine* : le résultat fut négatif.

E. Vogt.

Maladies des Voies urinaires

Dr Chevalier,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

Traitement de la blennorrhagie antérieure aiguë et subaiguë par des injections, agissant d'arrière en avant, de sels d'argent (*Arch. f. Derm. et syphilis* n° 63, 1902). — Klotz traite avec succès la blennorrhagie au début avec des solutions assez concentrées d'argonine (10 0/0), de protargol 2 à 4 0/0, de nitrate d'argent (1/4 à 1/2 0/0). Les solutions médicamenteuses irritant beaucoup moins le canal quand elles viennent l'imprégner d'arrière en avant, que si on les injecte par le procédé classique, l'auteur se sert d'une seringue de 3 cc. m. munie d'une canule de 18 cm., légèrement recourbée à son extrémité et se terminant par un renflement olivaire avec ouverture latérale, qu'il introduit en arrière du point malade. On injecte lentement en retirant l'instrument et en fermant l'orifice du méat avec la main gauche. En général, l'opérateur devra faire deux injections coup sur coup, une fois par jour au début, moins souvent plus tard. Dans l'intervalle, le malade fait des injections astringentes par la méthode classique. La méthode permet d'obtenir en quelques jours une guérison définitive.

Si le malade se présente après le 5e jour, l'auteur se contente de faire les injections de sels d'argent tous les 3 ou 4 jours. Si l'inflammation est très violente, il est préférable de renoncer à toute intervention locale et de chercher à calmer les symptômes en administrant au malade, toutes les 2 ou 3 heures une cuillerée à café dans un verre d'eau de la solution suivante :

Salicylate de soude.	12 à 15 grammes
Extrait de belladone.....	0. gr. 15 a 0. gr. 20
Eau de menthe poivrée.....	100 grammes

E. Vogt.

L'action antiseptique urinaire de l'urotropine (*Allg. Wiener med. Ztg*, 16 septembre 1902). — Czyrnianski a constaté, par une série d'expériences, que la meilleure méthode d'administration de l'urotropine, lorsqu'il s'agit de combattre la bactériurie, consiste à donner 4 gr. d'urotropine en 4 doses, dans un laps de temps de deux heures. On obtient ainsi une destruction rapide des germes ; si l'on espace les doses, l'effet est beaucoup moins marqué. Les doses inférieures à 4 gr. ne sauraient exercer une action bactéricide efficace.

E. Vogt.

Le gaïacol dans le traitement des épididymites et orchites blennorrhagiques, par A. Bocchi (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, n° 27 1902). — La médication au Gaïacol est d'une application facile et commode sous forme de pommade, qu'on formule ainsi :

Gaïacol ..... 5 grammes
Vaseline blanche..... 50 —

Le malade doit garder le lit et suspendre tout traitement uréthral ; une fois par jour on applique sur les bourses, qu'on doit maintenir relevées, une couche de la pommade ; on enveloppe dans du coton hydrophile. Le patient accuse parfois une légère sensation de cuisson qui disparaît rapidement. Les phénomènes aigus une fois calmés, on emploie une pommade à la belladone :

Extrait de belladone.... 50,0 gr. 1
Onguent diachylon. } ãã 25 grammes
Onguent simple.... }

La pommade mercurielle et la compression donneront des résultats encore meilleurs. Les effets analgésiques de la médication au gaïacol sont notables ; la douleur se calme presque instantanément mais persiste néanmoins bien que moins vive, pendant un jour ou deux, pour disparaître complètement le quatrième jour. L'action analgésique est bien plus marquée dans les formes aiguës que dans les formes torpides. Le gaïacol a aussi un pouvoir résolutif très considérable dans l'épididymite blennorrhagique : les malades ont guéri en 12-14 jours. L'auteur ne dispose pas d'observations qui permettant de juger de l'action antithermique de cette substance qui, à cause de ses propriétés analgésiques et résolutives, est indiquée dans le traitement des épididymites et des orchites

A. L. Percival.

Greffes et transplantations du testicule. Application au traitement de l'ectopie testiculaire, par Mauclaire (*in Ann. Gen. Ur.*, 1902, p. 1077). — Voici la technique opératoire quand il y a hernie concomitante.

1° Cure radicale de la hernie.

2° Libération des adhérences du cordon, section circulaire des faisceaux de la gaine fibreuse et des fibres du crémaster en cas de cordon très court.

3° Section complète de la cloison des bourses.

4° Ouverture de la vaginale du testicule sain.

5° Avivement losangique de la face interne de l'albiginée sur les deux testicules.

6° Suture des surfaces avivées en unissant les bords symétriques.

7° Enveloppement des 2 testicules accolés, par une suture de la vaginale, en utilisant la séreuse de la hernie. On n'a plus ainsi qu'une seule vaginale englobant les 2 testicules placés en synorchidie artificielle.

8° Suture de la vaginale unique par quelques points de catgut à la face profonde de la ligne médiane du scrotum.

9° Suture des tissus profonds autour du cordon pour le fixer.

10° Suture de la peau avec ou sans drainage.

E. Chevalier.

Des déchirures extra-péritonéales de la vessie consécutives aux fractures du bassin, par E. Jouon. (*in Ann. Gen. Ur.*, 1902, p. 1025). — En présence d'un blessé atteint de fracture du bassin avec déchirure extra-péritonéale de la vessie, il faut soutenir les forces du blessé, traiter le shok et donner issue à l'urine. La sonde à demeure est insuffisante pour combattre les accidents ; il faut faire le 1er temps de la taille hypogastrique, inspecter avec soin la face antérieure de la vessie, une fois que l'on a ouvert la cavité de Retzius (éviter les lavages). Si l'on a bien devant soi la déchirure vésicale, que les accidents soient récents, on fera la suture hermétique de la vessie avec deux plans, puis on drainera la cavité de Retzius et on installera une sonde à demeure dans la vessie.

Si la plaie n'est pas suturable (accidents anciens, inaccessibilité) compléter la taille hypogastrique, drainer la vessie par les tubes Périer-Guyon, drainer la cavité de Retzius.

S'il y a une large infiltration d'urine, il faut en outre pratiquer les incisions nécessaires pour l'évacuation de celle-ci.

Il faut encore traiter les ruptures de l'urètre qui peuvent accompagner la déchirure de la vessie.

E. Chevalier.

De la prostatopexie sub-perinéale ou luxation de la prostate hors de sa loge comme traitement de l'hypertrophie de la prostate, par H. Delagenière (*in Arch. prov. de chir.*, 1er juin 1902). — Le malade est dans la position habituelle des opérations sur la prostate.

L'incision prérectale transversale sera remplacée par une incision longitudinale médiane de 4 centimètres s'arrêtant à 1 centimètre de l'anus qu'elle contourne à gauche sur sa 1/2 circonférence, on reconnaît le sphincter externe, le releveur, le rectum. Un benique 36-40 est placé dans l'urèthre : il butte sur la prostate et son extrémité devient un repère utile. De plus, la paroi antérieure du rectum conduit sur la prostate, qu'on sent bridée dans sa loge : échancrer alors le bord du releveur gauche d'un coup de ciseaux.

On voit alors la face inférieure de la prostate, on incise l'aponévrose de Denonvilliers sur la ligne médiane, d'abord dans le sens antéro-postérieur, puis transversalement, ou sur les points saillants.

Arrivé au contact de la glande on pose le doigt entre la loge et l'organe pour le libérer sur toutes ses faces, puis on luxe la prostate en dehors et en bas vers l'anus.

On place un petit drain entre la prostate et le rectum, suture de la peau du périnée.

Sonde à demeure s'il y a de la cystite et de l'infection, sinon non.

Cette opération facile est conseillée par l'auteur pour combattre l'hypertrophie de la prostate peu accentuée.

E. Chevalier.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. Blondel,

Chef du Laboratoire de la Maternité,

Quelques cas de stérilité guéris par le traitement de Brandt, par Mme Sosnowska (*Revue de Cinésie*, 20 octobre 1902). — En examinant les cas assez fréquents de stérilité, l'auteur a remarqué qu'en général les organes génitaux semblent se trouver dans des conditions normales.

Un premier examen semble confirmer ce diagnostic, car on trouve un col petit, sans aucune lésion ; au doigt, on sent l'utérus petit, complètement indolore, quelquefois en légère antéflexion. Mais, sous le massage gynécologique, on remarque que les ligaments de l'utérus ne sont pas assez élastiques; si on pousse l'utérus de gauche à droite ou de droite a gauche, on sent un des ligaments latéraux tendu et donnant la sensation d'une corde. Lorque l'examen se fait par le rectum, on trouve une tension des ligaments postérieurs, si l'on veut pousser l'utérus de haut en bas et d'arrière en avant. Souvent aussi l'utérus est beaucoup trop rapproché du pubis; cette position est produite par le manque d'élasticité des ligaments antérieurs.

Afin de donner aux organes la souplesse qui leur manque, l'auteur emploie la méthode de Brandt : sur neuf cas il y eut neuf succès.

Le traitement en général dure un an, car on n'arrive que lentement à donner aux ligaments l'élasticité et la souplesse qui leur manquent, à les allonger, à rendre l'utérus mobile dans tous les sens : toutes ces conditions sont nécessaires pour obtenir la guérison complète de la stérilité. L'auteur conseille surtout de soigner ce genre de maladie pendant les règles, parce que, à ce moment, les organes génitaux sont plus mous et plus accessibles au doigt.

Il est bon de remarquer que le traitement n'exige ni repos absolu, ni changement de vie, et que la personne ainsi soignée peut vaquer à ses occupations.

Chaque séance de traitement de Brandt comprend deux temps.

1° Celui pendant lequel la malade est soignée debout.

2° Celui pendant lequel la malade est soignée étendue.

1° Avec l'index dans le rectum et le pouce dans le vagin (main gauche) on saisit le col de l'utérus et on tire doucement à trois ou quatre reprises tout l'utérus de haut en bas. Ce mouvement doit être fait avec assez de vigueur, mais délicatement, pour éviter de provoquer la douleur chez la patiente.

Chez les neuf malades soignées l'utérus était placé trop haut. A la fin du traitement, il était suffisamment descendu et les ligaments avaient repris leur longueur normale.

2° Cette seconde partie peut se subdiviser en trois temps.

1° Le massage de tous les ligaments, massage pendant lequel les ligaments reprennent l'élasticité et la souplesse qui leur manquaient.

2° Une poussée de l'utérus de droite à gauche et de gauche et de gauche à droite; cette poussée se fait en introduisant l'index gauche dans le vagin, tandis que la main droite soutient extérieurement l'utérus.

3° Bascule de l'utérus d'avant en arrière. Cette bascule est faite en introduisant dans le vagin — cul-de-sac antérieur — l'index gauche qui appuie sur le col de l'utérus d'avant en arrière et de bas en haut tandis que la main droite suit extérieurement le mouvement du doigt à l'intérieur.

Enfin massage extérieur vibratoire du bas-ventre pour calmer la malade qui se repose pendant une demi heure et reprend ensuite ses occupations ordinaires.

Pendant tout le traitement aucune inflammation ne s'est produite dans les organes du bas-ventre.

E. Vogt.

Grossesses extra-utérines prises pour des appendicites (*Soc. de chir.*, 8 octobre 1902). — M. Legru, à l'exemple de M. Chevalier (communication récente à la Société), a confondu deux fois avec des appendicites, des ruptures de grossesse extra-utérine. Ce qu'il y a de particulier dans l'un de ces cas, c'est que la rup-

ture se produisit au niveau de la trompe gauche et que le maximum de la douleur se manifesta dans la fosse iliaque droite. Chez ces deux malades, la température se montra élevée, mais la *contracture musculaire* au niveau de la fosse iliaque droite faisait défaut. Peut-être pourrait-on voir dans ce manque de *défense* de la paroi un signe différentiel que nous nous hâtons d'enregistrer.

A. Benoit.

Traitement chirurgical des fibromyomes internes (*Gazette Médicale russe*, n° 32, 1902). — Pour Kouneguisser il est impossible à l'heure qu'il est de préconiser une méthode unique dans le traitement opératoire des fibromyomes internes.

Il estime que la méthode conservatrice convient aux cas où l'on peut laisser en place les organes capables de remplir leur rôle physiologique; là où cela est impossible, il vaut mieux procéder à l'extraction complète de l'utérus tout en conservant les ovaires ou tout au moins une partie de ces organes.

La meilleure voie, est pour Kouneguisser la voie vaginale. Cette voie devra surtout être préférée dans les cas où l'on aura affaire à des malades très affaiblies, dans ceux où l'on se trouvera en présence de modifications pathologiques du muscle cardiaque ou des reins, et enfin dans les cas d'obésité ou bien de suppuration existant soit dans la tumeur elle-même soit dans les annexes.

Quant à la laparotomie, on ne devra y recourir que lorsque l'extraction par voie vaginale paraîtra impossible.

Enfin l'amputation sus-vaginale a ses indications spéciales, notamment lorsque la malade étant très affaiblie, il y a urgence de terminer l'opération le plus rapidement possible.

J. Roubleff.

Pédiâtrie

Dr THIERCELIN

Chef de clinique de la Faculté de Médecine.

Le traitement de la pneumonie lobaire chez les jeunes enfants, par J. A. Coutts. (*The Edimb. med. Journ.*, septembre 1902). — Dans la majorité des cas la pneumonie chez l'enfant ne demande pas de traitement médical très actif. Les principales indications, d'après l'auteur, sont d'empêcher de trop fortes élévations de température, de calmer la douleur, de pourvoir au sommeil et de soulager le cœur droit.

Beaucoup de médecins croient que la fièvre est un phénomène salutaire et agissent en conséquence, beaucoup de pneumonies ont en effet guéri sans qu'on ait rien fait pour abaisser la température. D'autres croient que les fortes élévations thermiques sont dangereuses pour le cœur ou d'autres organes. Pour Coutts, il faut traiter la fièvre élevée, parce qu'elle peut être la cause de convulsions dangereuses, il faut la combattre dès que la température atteint pendant peu de temps 41° 1 ou se maintient à 40° 2. Il faut la combattre surtout si elle est associée à l'insomnie. En général la température la plus élevée s'observe dès le début de la maladie, par suite du choc résultant de la brusquerie de l'invasion, après quoi la température descend à 40° avec des oscillations matinales de 0°,5. S'il assiste à cette hyperpyrexie initiale, Coutts donne une dose d'opium en rapport avec l'âge de l'enfant, ce qui procure le sommeil, calme la douleur et les troubles du système nerveux. Au réveil, l'enfant se sent mieux, la température a diminué, la respiration est moins fréquente. L'opium est au contraire contre-indiqué dans l'hyperpyrexie de la fin de la maladie, alors qu'il y a de l'insomnie, de l'agitation, de la soif, de la rapidité et de la faiblesse du pouls. C'est à l'alcool qu'il faut avoir recours. En même temps on fera des lotions tièdes. Dans d'autres cas une température élevée est le principal symptôme qui semble appeler une intervention. Si la température atteint 41°,1 il ne faut pas hésiter à la combattre, de même si elle persiste pendant quelque temps à 40°,2. Les lotions tièdes ou dégourdies ont l'avantage d'être faciles à faire et d'être généralement suffisantes dans leur efficacité. L'auteur n'a pas trouvé d'avantages aux enveloppements humides. Par contre les lavements froids sont très utiles pour abaisser la température, mais il faut éviter l'eau glacée qui expose au collapsus. Les applications du sac de glace sur le côté malade, peuvent également être dangereuses.

Comme antipyrétique, Coutts se méfie de l'antipyrine, de la phénacétine qui produisent facilement la cyanose, et leur préfère la quinine à dose de 0.15 centigrammes pour un enfant d'un an, de 0.30 pour deux ans. Quelquefois il associe avec avantage l'antipyrine et la quinine.

Comme applications locales, il faut éviter les vésicatoires qu'on remplace par les ventouses sèches, les cataplasmes sinapisés. Chez les très jeunes enfants il faut éviter de les fixer, ceux-ci en serrant la poitrine avec un bandage afin de ne pas gêner les mouvements respiratoires.

L'insomnie peut dépendre de la constipation, on donnera alors une dose de calomel ou un lavement tiède, on appliquera une vessie de glace sur la tête, exceptionnellement on donnera du bromure ou du chloral.

Pour lutter contre la dilatation du cœur droit, Coutts conseille l'alcool, l'éther, l'acétate d'ammoniaque, la strychnine; quant à la digitale elle ne donne pas le résultat cherché. Si malgré le traitement la cyanose apparaît, il ne faut pas hésiter à pratiquer la saignée soit au pli du coude, ce qui est difficile, soit sur l'artère dorsale du pied, on retire 30 ou 60 grammes de sang et un petit pansement suffit pour amener l'hémostase. On fera faire encore des inhalations d'oxygène.

Parmi les complications, il peut arriver qu'une otite suppurée amène des accidents de méningite qui disparaissent après application de sangsues derrière l'oreille et la paracentèse du tympan.

Lorsqu'il survient un épanchement pleural, il est indiqué de l'évacuer s'il est abondant et de faire un lavage de la plèvre si le liquide est purulent.

La péricardite qui suppure généralement est une complication d'une extrême gravité. Il faut alors faire une résection costale et ouvrir le péricarde sans drainage. Dans deux cas opérés le soulagement a été très net, mais les enfants sont morts plus tard, l'une d'une pneumonie du second poumon, l'autre d'épuisement.

L. Jumon.

Pharmacologie

Dr E. Vogt

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

L'action physiologique et l'emploi thérapeutique de l'adrénaline, par de Stella (*Société de médecine de Gand*, 5 août 1902). — Les applications thérapeutiques de l'adrénaline en solution à 1/1000 sont nombreuses et furent signalées dans ces derniers mois par plusieurs praticiens.

Son meilleur emploi, là où certainement l'adrénaline agit comme substance héroïque, est basé sur son pouvoir hémostatique énorme, inconnu jusqu'à ce jour.

Déjà en application locale sur la peau intacte, l'adrénaline fait sentir son pouvoir hémostatique en blanchissant la peau.

Sur les muqueuses ce pouvoir se manifeste au maximum.

Pour toutes les opérations dans le nez, l'adrénaline en application locale, en solution au 1/1000 jusqu'au 1/10,000 permet d'opérer sans avoir la moindre hémorragie. C'est là un avantage très grand puisqu'il permet d'achever une opération en une et même séance, le champ opératoire n'étant jamais inondé. L'auteur ajoute à deux parties d'une solution de chlorhydrate de cocaïne une partie de la solution d'adrénaline au 1/1000. — De cette solution mixte, il imbibe un tampon d'ouate qu'il introduit dans la fosse nasale et laisse en place pendant 5 à 7 minutes.

L'action combinée de l'adrénaline et de la cocaïne est très heureuse, pour prévenir les effets possibles d'intoxication par cette dernière. Grâce à l'intense vaso-constriction déterminée par l'adrénaline, l'absorption de la cocaïne est rendue presque impossible. Seulement l'effet anesthésiant de la cocaïne est quelque peu diminué. Aussi, quand il faut obtenir une anesthésie profonde, faut-il commencer par la cocaïne, pour finir par une pulvérisation d'adrénaline.

Pour les interventions dans le larynx, l'adrénaline est d'un secours précieux. Elle permet d'opérer à sec les papillomes, myxomes, carcinomes, etc. Le champ opératoire ne sera plus inondé et le patient n'est plus obligé de cracher à chaque instant le sang qui lui coule dans la trachée.

Pour les interventions chirurgicales de la bouche, il faudra recourir aux injections dans les tissus qui subiront le traumatisme. Son emploi est tout indiqué pour les opérations de la langue, pour la staphylorraphie, même pour l'extraction des dents chez les hémophiliques. On injectera dans les tissus de la bouche à l'endroit de l'opération, deux à trois dixièmes d'une seringue Pravaz renfermant 1/10 de la solution d'adrénaline au 1/1000 et remplie ensuite avec la solution physiologique.

En chirurgie otitique, il y a aussi de multiples indications. On peut l'employer pour enlever les polypes du conduit et de la caisse, encore dans les interventions sur l'apophyse mastoïde, dans l'antrectomie, là où quelques gouttes de sang suffisent pour inonder le champ opératoire. Quelques gouttes d'adrénaline laissées en place pendant cinq minutes dans la cavité osseuse, donnent une hémostase parfaite.

Les applications pour l'œil sont nombreuses. Des auteurs signalent ses succès dans les conjonctivites aiguës, dans le glaucome, dans l'iritis.

Dans les hématémèses, on donnera l'adrénaline à la dose de quelques gouttes (10 gouttes de la solution au millième dans un verre à vin

d'eau glacée), et on répètera cette dose, si nécessaire, toutes les heures. Son action est purement locale et ne saurait s'étendre au delà de la muqueuse stomacale. Aussi serait-il inutile de l'administrer par la bouche contre les hémorragies intestinales, comme certains auteurs le préconisent.

Dans ces cas, il faudrait s'adresser au lavement, le cas échéant. Il faut toujours tenir présent à l'esprit que l'adrénaline n'agit qu'à l'endroit même de l'application.

L'adrénaline occupera un jour le premier rang comme hémostatique en gynécologie. Déjà des gynécologues ont signalé l'arrêt d'hémorragies utérines graves au moyen d'une injection d'une solution d'adrénaline alors que tout autre hémostatique avait échoué. De même une injection de quelques gouttes d'adrénaline dans le col de la matrice, permet d'enlever celui-ci presque à sec.

E. Vogt.

Le mésotan. (*Deutsche med. Wochenschrift* 16 octobre 1902). — Floret a étudié l'éther méthyloxyméthylique de l'acide salicylique (mésotan), liquide clair, jaunâtre, presque inodore, miscible aux huiles et dissolvants organiques, très aisément résorbé par la peau. Peu de temps après un badigeonnage l'acide salicylique apparaît dans l'urine.

Ces badigeonnages, destinés à remplacer ceux au salicylate de méthyle, ont été expérimentés sur environ 120 malades. Les résultats ont été excellents : on peut même se servir de la méthode pour faire, dans les cas difficiles, un diagnostic différentiel, car l'effet thérapeutique ne manque jamais quand il s'agit de rhumatisme.

Dans des cas de lumbagos aigus, par exemple, on obtient parfois la guérison avec un seul badigeonnage.

Dans 12 cas de rhumatisme articulaire aigu, l'addition de badigeonnages à la médication interne a paru activer la guérison. Le rhumatisme chronique sera avec succès traité par le mésotan seul (35 cas sur 45). Dans 9 cas, l'insuccès fut absolu, aussi l'auteur croit-il à des erreurs de diagnostic (myalgies alcooliques simulation).

Dans des affections rhumatoïdes, telles que la pleurésie sèche, par exemple, on obtient des résultats remarquables. La myocardite n'est pas influencée.

Le mésotan provoque parfois des dermatites : il sera donc indiqué, chez les sujets à peau irritable, d'ajouter au topique de l'huile d'olives, à parties égales. Parmi les sujets ainsi traités, figure un enfant de 2 ans 1/2.

Une cuillerée à café de médicament actif suffit pour un badigeonnage ; 2 à 3 par jour constituent la dose moyenne. Il n'est pas nécessaire de recouvrir la région traitée d'un pansement, car l'action thérapeutique se manifeste de suite. Au moment du badigeonnage, le malade ressent une légère cuisson de la peau, bientôt suivie d'une diminution de la douleur.

L'auteur n'a jamais enregistré d'accident quelconque après l'emploi de ce topique, qu'il considère comme une précieuse acquisition pour la médication antirhumatismale.

E. Vogt.

Application thérapeutique de l'eau oxygénée (*Gazette Médicale russe*, n° 33, 1902). — Novikoff a obtenu de bons résultats avec l'eau oxygénée à 1-2 0/0 dans les pansements de plaies et d'ulcères infectieux ; quelques pansements ont parfois suffi pour obtenir une cicatrisation rapide de plaies simples, atoniques. L'auteur a également employé avec succès l'eau oxygénée dans le lichen et autres affections cutanées. Il s'est servi soit de solutions (à 3 0/0) soit d'une pommade dont la composition était la suivante.

Eau oxygénée.....	10-15	grammes
Lanoline deshydratée	100	—

La stomatite, quelle que soit son origine, et surtout la stomatite mercurielle, les angines, guérissent bien plus rapidement par l'action de l'eau oxygénée que par celle de tout autre moyen thérapeutique. Il suffit généralement de prescrire aux malades des gargarismes avec une ou deux cuillerées à soupe d'une solution d'eau oxygénée à 3 0/0 pour un verre d'eau. Les mêmes gargarismes agissent favorablement dans la diphtérie.

L'eau oxygénée exerce également une action favorable dans un certain nombre d'affections internes (diarrhée, choléra infantile, certaines affections des voies respiratoires).

A l'intérieur Nowikoff administre l'eau oxygénée sous forme de potion dont voici la formule :

Eau oxygénée.....	5 à 7	grammes
Sirop.....	15	—
Eau distillée.....	85	—

Une ou deux cuillerées à soupe ou à dessert toutes les heures ou toutes les deux heures.

Les adultes supportent bien 8 à 10 grammes d'eau oxygénée pour 100 grammes d'eau et de sirop (par cuillerée à soupe toutes les heures ou toutes les deux heures).

J. Roubleff.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

ICHTHYOL

Huile formée d'hydrocarbures, mêlés de produits sulfurés, azotés et phosphorés, provenant de la distillation de certaines roches bitumeuses et paraissant résulter de la décomposition de matières animales, en particulier de débris de poissons. Contient 2.5 0/0 de son poids de soufre (Prunier) à l'état brut. On emploie le produit traité par l'acide sulfurique et neutralisé, soit par la soude (sulfo-ichtyolate de soude), soit par l'ammoniaque (ichthyolammonium).

Propriétés physiques et chimiques.—Liquide très visqueux, noirâtre, d'une odeur et d'une saveur désagréables. En partie soluble dans l'eau (émulsion laiteuse), complètement soluble dans un mélange d'éther et d'alcool. Utilisable avec la vaseline, les huiles et les graisses, entièrement soluble dans l'eau, s'il est bien neutre et donnant seulement dans ce cas une solution stable.

Propriétés et indications thérapeutiques. — Préconisé à l'extérieur contre la tuberculose pulmonaire, l'asthme, les douleurs rhumatismales, la sciatique (Crocq).

Agent thérapeutique (Unna), surtout employé en applications externes dans le traitement de l'acné, du psoriasis, de certains eczémas séborrhéiques (Unna), des brûlures, des engelures, des gercures du sein, de l'hypéridrose, de la plaque érysipélateuse, des piqûres d'insectes. Employé en lavements contre l'entérocolite muco-membraneuse (Bourget), en injections urétrales contre la blennorragie, en pansements contre la métrite.

Formes pharmaceutiques. Posologie. — *Usage interne* : 0 gr. 10 à 2 grammes ; en capsules, en solution. *Enfants* : 0 gr. 50 à 2 grammes. *Usage externe* : solution aqueuse bien neutre à 5-10 0/0 (injections urétrales), à 1 0/0, lavages urétraux ou vésicaux.

Pommade 5 0/0 (dermatoses), 1 0/0 (yeux).

Suppositoires de 0 gr. 30-0 gr. 60.

Glycérolé, emplâtre, collodion, savon, traumaticine 15-10 0/0. Ovules à la glycétriné solidifiée avec 0 gr. 10 à 0 gr. 50 d'ichthyol.

FORMULES

Colle :

Gélatine blanche	35 grammes
Oxyde de zinc	25 —
Glycérine	35 —
Eau distillée	75 —
Ichthyol	20 —

Chauffer et appliquer en badigeonnages sur les ulcères.

Collodion :

Ichthyol	1 gramme
Collodion	9 —

En badigeonnages, 2 ou 3 fois par jour sur les nœvi (Unna).

Glycérine :

Ichthyol	10 grammes
Glycérine	90 —

pour pansements vaginaux,

Lavements :

Ichthyol	1 gramme
Eau	1.000 —

Pour lavages de l'intestin dans l'entéro-colite muco-membraneuse infantile (Comby).

Ichthyol	20 grammes
Eau distillée bouillie Q. S. pour	100 cc,

2 à 5 cuillerées à café pour un litre et demie d'eau bouillie, en lavages intestinaux (Mathieu).

Liniment :

Ichthyol	20 grammes
Baume tranquille	30 —
Chloroforme	30 —

(Sciatique).

Pommades :

Ichthyol	10 grammes
Acide salicylique	0 gr. 10
Essence de térébenthine	1 gramme
Lanoline	100 —

(Sciatique).

Ichthyol	2 grammes
Soufre	2 —
Vaseline	20 —
Lanoline	20 —

Eczéma seborrhéique, enfants (Chatelain).

Acide salicylique	1 gramme
Ichthyol	3 —
Vaseline	10 —
Lanoline	20 —

Appliquer le soir (acné).

Ichthyol	2 grammes
Sous-nitrate de bismuth	2 —
Précipité blanc	2 —
Vaseline	20 —

(Acné de Hebra).

Ichthyol..... 0 gr. 10 à 1 gr.
Vaseline..... 10 grammes
(blépharite ciliaire).
Ichthyol..... 25 grammes
Eau..... 15 —
Lanoline anhydre.... 25 —
(Hyperidrose plantaire, Unna).

Solutions :

Ichthyol..... 5 grammes
Alcool..... 50 —
Ether..... 50 —
pour lotions.
Ichthyol..... 15 —
Eau distillée..... 5 —
XX gouttes à chaque repas.
Ichthyol..... 10-5 —
Eau..... 100 grammes

En compresses contre le rhumatisme musculaire, la sciatique.

Suppositoires :

Ichthyol..... 0 gr. 25 à 0 gr. 50
Extrait de belladone. } àà 0 gr. 01
Extrait de jusquiame }
Beurre de cacao Q. S.
(Spermatorrhée, prostatite. Cohn).

Suppositoires urétraux :

Au beurre de cacao ou à la glycérine solidifiée, contenant chacun 0 gr. 05 d'ichthyol, à pousser dans l'urètre avec une bougie conique, n° 9.

Tramaticine :

Ichthyol..... 10-50 gr.
Traumaticine..... 100 grammes

Pour badigeonner les bords de la plaque érysipélateuse (Juhel-Rénoy).

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Réunion des chirurgiens des hôpitaux de province. — Le 21 octobre 1902, pendant la période du Congrès de chirurgie, a eu lieu, sous l'intertion de MM. Bonsquet et Reynés, une réunion des chirurgiens des hôpitaux de province : comme l'an dernier, il s'agissait d'arriver à une entente sur la conduite à tenir en présence des prétentions des compagnies d'assurances et des grandes administrations. Quant à l'application de la loi sur les accidents de travail.

La réunion a voté à l'unanimité les concluclusions suivantes.

Les chirurgiens des hôpitaux de province, réunis en assemblée générale, le mardi 21 octobre 1902, à la Faculté de médecine, prient M. le Ministre de l'Intérieur :

1° de vouloir bien notifier aux Préfets et aux Commissions administratives des Hospices de France, des colonies et des pays de protectorat la délibération du Conseil supérieur de l'Assistance publique en date du 12 juin 1902;

2° d'inviter lesdites administrations à mettre leur règlement en concordance avec cette délibération.

En second lieu, la réunion s'associe à la campagne que poursuivent les Sociétés de défense professionnelle et les Syndicats médicaux en vue d'obtenir la revision de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898.

BIBLIOGRAPHIE

Le sang, par le Dr Marcel Labbé, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris. 1 vol. in-18 de 95 pages, cart, (*Actualités Médicales*). 1 fr. 50. Librairie J.-Baillière et fils, 19, rue Hauteufeuille, Paris.

Dans cette nouvelle *Actualité Médicale*, M. Labbé expose avec précision et clarté l'orientation nouvelle donnée aux recherches et aux études qui ont été faites, avec tant de fruit, sur le sang, au cours de ces dernières années; les principes de la technique qui a présidé à ces

recherches : enfin, et surtout, les résultats généraux obtenus, ce qu'on peut considérer comme les faits acquis, par l'emploi rigoureux des méthodes combinées de l'observation clinique et de l'expérimentation scientifique.

C'est une excellente introduction à l'étude du sang, où l'auteur met en relief tout l'intérêt que présente cette étude, tant au point de vue spéculatif de la médecine générale, qu'au point de vue pratique du diagnostic et du pronostic des maladies.

Voici les trois grandes divisions du livre :

1° Importance du rôle que joue dans l'organisme le sang, considéré comme intermédiaire des échanges vitaux et comme vecteur des éléments nutritifs ;

2° Composition chimique et histologique du sang. Remarquable équilibre physiologique de cette composition. Modifications apportées à cet équilibre par les états pathologiques ;

3° Processus qui président à la naissance et à la mort du sang ; activité considérable de ces processus.

Conférences pour l'Internat des hôpitaux de Paris, par J. Sarlieu et A. Dubois, internes des hôpitaux. 30 fascicules gr. in-8 de chacun 48 pages, illustrés de nombreuses figures dessinées par les auteurs. Chaque fascicule, 1 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Ces conférences de médecine clinique comportent à la fois des questions d'anatomie, de pathologie interne, de pathologie externe et même d'obstétrique.

Parmi les questions d'anatomie, nous citerons les muscles intrinsèques du larynx, la trachée, les vaisseaux sanguins du poumon, la configuration et les rapports du cœur, les espaces intercostaux, le diaphragme, le nerf facial, les circonvolutions cérébrales, les artères du cerveau, les sinus de la dure-mère, le quatrième ventricule, etc.

Comme sujets de pathologie interne, nous signalerons le croup, la tuberculose pulmonaire, la gangrène pulmonaire, l'adénopathie trachéobronchique, la grippe, l'érysipèle de la face, l'hémorragie cérébrale, la méningite tuberculeuse, l'hémiplégie, le tabès, etc.

La pathologie chirurgicale est représentée par les questions : Cancer du larynx, corps étrangers des voies aériennes, cancer du sein, plaies pénétrantes de la plèvre et du poumon, fractures du rocher, conjonctivites, mal de Pott, fractures du rachis.

Voici le sommaire des trente fascicules des Conférences pour l'Internat : I, Larynx et Trachée. — Poumons et Plèvre. — III, Cœur. — IV et V, Thorax. — VI, Crâne et Face. — VII, Œil et Oreille. — VIII, Encéphale. — IX, Moelle. — X, Moelle et Rachis. — XI, Cou et Corps thyroïde. — XII, Langue, Voiles du Palais, Amygdales. — XIII Œsophage et estomac. XIV, Intestin. — XV, Rectum et Périnée. — XVI, Foie et Voies biliaires. — XVII et XVIII Abdomen. — XIX et XX, Reins, Urétères, Vessie. — XXI, Organes génitaux de la femme. — XXII, Organes génitaux de l'homme. — XXIII, Accouchements. — XXIV et XXV, Membre supérieur. — XXVI, XXVII et XXVIII, Membre inférieur. — XXIX et XXX, Maladies générales.

Une table alphabétique détaillée terminera l'ouvrage.

Disséminées dans le texte se trouvent un grand nombre de figures schématiques. Elles ont été dessinées le plus simplement possible par les auteurs. Les unes sont destinées à montrer plus clairement ce qui se conçoit mal à la simple lecture ; les autres ont pour but de rappeler certains points importants que la mémoire visuelle aide beaucoup à fixer.

Nlle Imprimerie. E. Lasnier directeur. 35 37 rue St-Lazare. Paris *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Les livres et carnets du médecin. — Un médecin peut-il être mis par l'autorité judiciaire dans l'obligation de communiquer contradictoirement ses livres et carnets professionnels?

Oui et non, répondit, il y a quelques mois le juge ds paix du deuxième arrondissement, appelé à trancher la question.

Il doit les produire partiellement et non intégralement. Partiellement, c'est-à-dire aux pages contenant les indications des visites réclamées par le médecin, et qui sont de nature à appuyer sa réclamation ; mais non intégralement, car ce serait alors porter atteinte au secret professionnel.

La septième chambre du tribunal présidée par M. Druon, vient de partager cette même manière de voir.

Il s'agissait dans l'espèce d'une réclamation de 200 francs formée par M. le Dr T. contre M. H... avocat à la Cour d'appel, pour honoraires de visites médicales. Le juge de paix, saisi du différent, désigna le Dr Philippeau, président du syndicat des médecins de la Seine, comme expert. A ce titre, celui-ci reçut du Dr T... les carnets et registres qu'il entendait verser aux débats comme justification de sa demande, mais ces pièces ne furent pas communiquées à M. H..., car le Dr T... se refusa expressément de les porter à sa connaissance. Le juge de paix mit fin à ce petit conflit en ordonnant la communication, rien que partielle des documents professionnels.

Premier Congrès égytien de Médecine (Sous le haut patronage de S. A. le Khédive), *Le Caire, 19-23 décembre 1902.* — **Facilités obtenues pour les Congressistes et leurs Dames munies de cartes spéciales.** — *Chemins de fer français et italiens* : 50 0/0 de réduction. — A. *Compagnies de navigation et chemins de fer égyptiens* : Compagnie russe de navigation à vapeur et de commerce, Odessa, Constantinople, Smyrne, le Pirée, Alexandrie : 50 0/0 : Khédivial Mail Line : 1° Constantinople, Mételin, Smyrne, le Pirée, Alexandrie, 50 0/0 : pour les familles des Congressistes, 30 0/0. 2° Ligne de Syrie, 40 0/0 ; pour les familles des Congressistes, 30 0/0 (Déduction faite de la nourriture calculée à 33 1/2 du prix du billet. — La Compagnie du Lloyd autrichien avait accordé 25 0/0 sur les prix des billets simples et 35 0/0 sur les billets aller et retour, cette décision a été rapportée; des démarches sont faites actuellement auprès de cette Compagnie pour obtenir les avantages primitivement accordées. — Navigazione generale italiana, pour 40 personnes voyageant ensemble, 30 0/0. — Chemins de fer égyptiens 50 0/0 (1re classe, Alexandrie-Caire, 11 fr. 50; 1re classe, Ismaïlia-Caire, 9 fr. 10; 1re classe, Port-Saïd-Caire, 15 fr. 10), prix nets après réduction.

B. *Voyages dans la Haute-Egypte* : Voyage rapide en Haute-Egypte par chemin de fer (Prix établi avec la réduction de 50 0/0 sur les chemins de fer égyptiens). Itinéraire : Départ du Caire, le soir, à 6 h. 30, arrivée à Luxor le lendemain matin, à 8 h. 30. Premier jour, Excursion à Thèbes, Tombeaux des rois, Deir-el-Bahari, Ramsès, les Colosses, Medinet Abou, Tombeau de la reine Hatasou; Deuxième jour, Temples de Karnak et de Luxor ; à 11 h. 20 matin, départ pour Assouan, arrivée à 6 h. 30 soir ; Troisième et quatrième jours. Excursions à Philœ, le barrage et la Première Cataracte; Visite à âne au Sanatorium; Promenade en barque à l'Ile d'Eléphantine. Séjour dans les hôtels de Karnak (Luxor), Cataracte et Grand Hôtel (Assouan) : Prix y compris tous les frais, voyage en 1re classe. 126 fr. 75 ; 2e classe, 92 fr. 50. Voyages dans la Haute-Egypte par le Nil : Compagnie Thos. Cook et Son (Réduction de 50 0/0) : Voyage de trois semaines (bateaux touristes). départ le 30 décembre, 25 Lst. (Prix net après réduction) : Voyages de 19 jours (bateaux express), départ les 27 et 30 décembre, et 3 janvier, 11 Lst. 10 sh. (Prix net après réduction). Renseignements complémentaires aux Agences de la Compagnie Cook. — Anglo-American Nile Steamer et Hotel Company : Voyage de 20 jours (bateaux touristes 1re classe). Prix net uniforme 25 Lst. (au lieu de 35 à 60 Lst., prix habituels). Les renseignements et l'itinéraire seront adressés aux Congressistes désireux de faire ce voyage et qui en feront la demande au Secrétariat du Congrès.

C. *Excursions au Caire et dans les environs* : Premier jour, matin : Matarieh, l'Arbre de la Vierge, Héliopolis, l'obélisque, le Parc aux Autruches. Après-midi : la Citadelle, le Puits de Joseph, Panorama du Caire. Mosquées de Hassan et de Mohamed Aly. — Deuxième jour, matin : Pyramides de Ghizeh, Sphinx, Tombeaux, Musée égyptien de Kasr et Nil. Après-midi : Le Vieux-Caire, l'Eglise

Copte, le Nilomètre, l'Ile de Rhodah. — Troisième jour, matin : Tombeaux des Califes, des Mameluks, Vice-Rois, retour par le mousky. Après-midi : Promenade de Ghésireh, Grotte et Parc du Ghésireh Palace. 15 francs par personne, pour l'excursion d'une journée aux Pyramides de Sakkarah ; 45 francs par personne pour les 3 jours.

D. *Hôtels du Caire* : Prix réduits obtenus pour les Congressistes : Hôtel Bristol (par jour et par personne), 10 fr. ; Hôtel du Nil, 10 fr. ; Eden Palace Hôtel, 10 fr. Hôtel d'Angleterre. 13 fr. 15 ; Continental Hôtel, 15 fr. ; Shepeard's Hôtel, 15 fr. ; Ghezireh Palace Hôtel, 15 fr. : Savoy Hôtel, 16 fr. 90.

Programme élaboré pour les Congressistes disposant de peu de temps. — 17 décembre, première excursion au Caire ; le 18, deuxième excursion au Caire ; le 24, troisième excursion au Caire ; le 25, excursion à Sakkara ; les 26, 27, 28, 29, 30, excursion rapide en Haute-Egypte par chemin de fer ; les 31 décembre et 1er janvier, excursion sur le canal de Suez ; arrivée au Caire de Suez le 1er janvier à 4 heures de l'après-midi. — Des fêtes et réceptions en l'honneur des Congressistes, seront données par S. A. le Khédive, le Gouvernement égyptien, le Comité d'organisation. — Le programme définitif en sera publié ultérieurement. — N. B. Les Congressistes qui désirent prendre part aux voyages et excursions indiquées ci-dessus, sont priés de vouloir bien adresser au plus tôt leur adhésion au Secrétariat général du Congrès au Caire. — Les adhésions et cotisations sont reçues chez M. le Dr Achard, faubourg Saint-Honoré, 164, où les cartes de Congressistes leur sont aussitôt délivrées.

M. Bardet, *pharmacien de 1re classe, 76, rue de Sèvres, à Paris*, informe MM. les Docteurs, que la solution Bardet actuelle, est la même préparation que celle présentée par lui en 1894, au Corps médical sous le nom de Solution Watelet, et à laquelle il a donné le nom de Solution Bardet. Toute solution, portant l'ancien nom, ne peut être qu'une imitation.

M. Bardet envoie, à tout Docteur qui en fait la demande, un flacon à titre gracieux.

FELIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

REVUE DE MÉDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de la Charité, Membre de l'Académie des sciences

CHAUVEAU
Inspecteur général des écoles vétérinaires, Membre de l'Académie des sciences

LANDOUZY
Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Laënnec

LÉPINE
Professeur de clinique médic. à la Faculté de médec. de Lyon, Correspondant de l'Institut.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM. LES PROFESSEURS **LANDOUZY** ET **LÉPINE**

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale la Faculté de médecine de Paris
Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de la Pitié.

BERGER
Professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris, Membre de l'Académie de médecine, Chirurgien de l'hôpital Beaujon.

PONCET
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon
Correspondant de l'Académie de Médecine.

QUÉNU
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

RÉDACTEUR EN CHEF : M. LE PROFESSEUR **F. TERRIER**

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de 1881, le 10 de chaque mois

Chaque livraison de la *Revue de Médecine* contient de 5 à 6 feuilles grand in-8 ; chaque livraison de la *Revue de Chirurgie* contient de 8 à 9 feuilles grand in-8.

PRIX D'ABONNEMENT :

Pour la Revue de Médecine		Pour la Revue de Chirurgie	
Un an, Paris	20 fr.	Un an, Paris	30 fr.
— Départements et étranger	23 fr.	— Départements et étranger	33 fr.
La livraison, 2 francs.		La livraison, 3 francs.	

Les *deux Revues* réunies, un an, Paris, 45 francs. — Départements et Étranger, **50 francs**

On s'abonne sans frais chez l'éditeur Félix Alcan

Chez tous les Libraires et dans les bureaux de poste de l'Union postale

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA MALADIE DE BARLOW OU SCORBUT INFANTILE ET DE SON TRAITEMENT

par le Pr Em. Thiercelin.
Ancien chef de Clinique de la Faculté

Sous le nom de *maladie de Barlow* on décrit une affection appartenant exclusivement à l'enfant, et caractérisée cliniquement par une anémie extrême avec douleurs dans la continuité des membres, surtout inférieurs, pouvant aller jusqu'à l'impotence absolue et l'apparition de phénomènes scorbutiques (purpura et hémorragies muqueuses surtout gingivales) et anatomiquement par la présence d'épanchements sanguins sous-périostiques, surtout au niveau de l'extrémité supérieure des fémurs.

Cette affection est rare en France, beaucoup plus rare qu'en Angleterre, en Amérique et en Allemagne, et pourtant depuis 10 ans les cas signalés chez nous sont devenus de plus en plus nombreux; il est certain que, quand les médecins connaîtront mieux cette affection et sauront la diagnostiquer, les observations se multiplieront. Pour notre part, depuis l'année 1893, époque à laquelle notre maître le Pr Hutinel nous a montré le premier cas diagnostiqué en France, nous avons pu observer quatre nouveaux cas de cette affection (1).

Les premières descriptions du scorbut infantile remontent à 1859 et 1862; c'est Mœller qui à cette époque en traça le tableau d'une façon précise, mais il eut le tort de la considérer comme une forme aiguë du rachitisme. Barlow, en 1883, lui donna son individualité; il montra que cette affection devait être séparée du rachitisme avec laquelle elle pouvait coïncider il est vrai mais dont elle était absolument distincte, et qu'elle devait être rattachée au scorbut. Depuis cette époque c'est cette opinion qui a été admise par la plupart des auteurs, et c'est pour cette raison qu'on l'appelle encore *scorbut infantile* : c'est le scorbut, mais présentant un aspect spécial parce qu'il se développe chez l'enfant, c'est-à-dire à une époque de la vie où le travail osseux est en pleine activité et ou la circulation sous-périostée est des plus intensives.

Après la description de Barlow, la connaissance de cette affection se vulgarisa, mais il faut arriver à 1894 pour la voir signalée en France. Le premier cas observé chez nous est celui que nous avons relaté dans notre thèse en 1894 (2) cas observé avec notre maître M. Hutinel en 1893; puis viennent les observations de Marfan, celles de Ausset, Netter, Comby, Moizard, Renault, Guinon, Toupet, Variot, et cette affection, admirablement décrite par Barlow lui-même dans le traité de médecine de l'enfance de Grancher, a fait le sujet de plusieurs thèses inaugurales parmi lesquelles nous citerons celles de Paugam inspirée par M. Variot et celle, toute récente, d'un élève de M. Comby, M. E. Simon.

(1) Cinq observations de maladie de Barlow. E. Thiercelin, *Société de Pédiâtrie*, 21 octobre 1902.
(2) Thiercelin. *Thèse Paris* 1894, page 105.

La symptomatologie de cette affection et les lésions anatomiques sont aujourd'hui bien connues, et le traitement qu'on doit lui opposer a été précisé d'une façon rigoureuse ; il donne des résultats d'une rapidité et d'une certitude qu'on est rarement habitué de rencontrer en thérapeutique. Il est un seul point qui soit encore discuté c'est la nature et l'étiologie de cette maladie.

La maladie de Barlow se rencontre rarement avant 5 mois et après 18 mois. Son maximum de fréquence doit être placé entre 7 et 14 mois, pourtant nous avons publié un cas de cette affection chez un enfant de 7 ans. Le sexe est indifférent, elle m'a semblé se montrer plus fréquemment en été qu'en hiver.

Le premier symptôme de la maladie de Barlow est une anémie intense, l'enfant est pâle et décoloré tout en gardant son embonpoint. Chez cet enfant apparaissent bientôt des douleurs que le moindre mouvement provoque, douleurs siégeant soit au niveau des articulations soit dans la continuité des membres. Si l'enfant marchait quand la maladie s'est déclarée, il refuse tout d'abord de marcher et même de se tenir debout sur ses jambes, il veut rester dans son berceau, puis le moindre attouchement lui arrache des cris, et le fait même de l'approcher l'irrite.

C'est le plus souvent du côté des membres inférieurs que siègent les douleurs, parce que c'est généralement au niveau des fémurs que se font les suffusions sous-périostées d'où nous avons parlé. Dans ces cas l'enfant prend dans son berceau une attitude particulière : les jambes sont repliées sur les cuisses et les cuisses sur le ventre, d'autres fois les jambes sont croisées, d'autres fois encore elles semblent inertes et comme paralysées. Si l'on cherche à explorer les membres malades l'enfant pousse des cris. De semblables troubles peuvent exister du côté des membres supérieurs, mais plus rarement. La palpation permet de reconnaître qu'aux points douloureux il existe un empâtement très caractéristique, il peut y avoir en ces points un gonflement qui en impose pour un abcès et le diagnostic d'ostéomyélite a très fréquemment été porté, et même dans certains cas a provoqué une intervention chirurgicale intempestive.

Ce sont là généralement les premiers troubles observés ; à eux seuls ils peuvent permettre le diagnostic. Un enfant de 8 mois nous fut présenté il y a quelques années à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. le Pr Hayem dont nous étions le chef de clinique, présentant des douleurs extrêmement vives dans les deux membres inférieurs avec un gonflement très appréciable survenu au niveau des extrémités supérieures des fémurs ; ces seuls symptômes et la connaissance du régime alimentaire auquel était soumis le petit malade (lait stérilisé) nous permit de porter le diagnostic de maladie de Barlow, et la rapidité avec laquelle les accidents disparurent sous l'influence du traitement spécifique confirma ce diagnostic.

Chez les enfants qui possèdent des dents, il apparaît bientôt, si l'affection n'a pas été reconnue et traitée dès le début, un symptôme qu'on peut considérer comme la signature de l'affection ; c'est l'état fougueux des gencives. Ce phénomène morbide est d'abord très discret et réduit à une petite plaque de teinte violacée, mais bientôt il se forme de véritables fongosités absolument semblables à celles que l'on constate chez l'adulte.

Enfin, dans les cas graves, il peut apparaître des hémorragies diverses, purpura, hémorragies nasales, mélœna, hématémèse, hématômes méningés comme dans le scorbut de l'adulte.

Cette affection ne s'acccompagne généralement pas de fièvre, à moins que des troubles gastro-intestinaux ne viennent la compliquer.

Tel est le tableau que reproduit le scorbut infantile : douleurs et impotence fonctionnelle dans les membres, surtout inférieurs, fougosités gingivales, et si l'affection est méconnue, purpura et hémorragies diverses.

Le diagnostic, surtout au début, est difficile à établir, on pensera en effet au rhumatisme articulaire aigu, à un abcès sous-périosté, à l'ostéo-myélite, à la paralysie infantile ; on a cru dans certains cas se trouver en présence d'un ostéo-sarcome du fémur, et l'hémorragie de la dure-mère a pu faire croire à une affection cérébrale. L'hématurie a pu faire songer à une maladie rénale et les taches purpuriques avec hématémèses ou mélœna ont pu en imposer pour du purpura.

En l'absence de l'état fougueux des gencives, cette affection est en effet difficile à dépister. Pourtant, en présence de phénomènes douloureux ou pseudo-paralytiques chez un nourrisson, ou bien quand on reconnaîtra un empâtement osseux ou des phénomènes purpuriques, il faudra toujours penser à la possibilité du scorbut surtout si l'interrogatoire des parents révèle une alimentation purement artificielle et composée exclusivement de lait préalablement soumis à des températures très élevées ou de farines de conserve.

La cause véritable de la maladie doit en effet être recherchée dans l'abus qu'on fait, pour le nourrisson, du lait stérilisé, pasteurisé ou maternisé, et des farines de conserve à l'exclusion de tout aliment frais. On peut dire que la maladie de Barlow n'a jamais été observée chez l'enfant nourri au sein. Elle n'a, non plus, jamais été vue chez un enfant nourri avec un lait frais normal; tous les cas publiés se rapportent à des enfants qui ont reçu comme alimentation, et cela d'une façon exclusive, du lait préalablement porté pendant un temps assez long à une haute température ou des farines vendues en boîtes, qui ont elles-même été préalablement stérilisées par la chaleur. L'enfant qui reçoit ces aliments se trouve dans les mêmes conditions que le marin qui est nourri exclusivement d'aliments de conserve; il n'y a donc rien d'étonnant à ce que chez lui se développe du scorbut. La nature scorbutique de la maladie de Barlow est donc prouvée par les conditions étiologiques dans lesquelles elle se développe et aussi, comme nous allons le voir dans un instant, par l'action réellement spécifique qu'exerce sur elle le traitement antiscorbutique. Ceci explique pourquoi cette maladie était inconnue des anciens qui ignoraient la stérilisation, et aussi pourquoi elle est surtout fréquente en Angleterre et en Amérique où, plus qu'en France, on a recours dans l'alimentation des nourrissons à des préparations commerciales qui s'éloignent considérablement des aliments frais.

Certains auteurs, avons-nous dit, ont voulu la rattacher au rachitisme. Rachitisme et scorbut peuvent en effet se rencontrer sur le même sujet, mais il n'y a là qu'une coïncidence bien facile du reste à comprendre, puisque ces deux affections se rencontrent surtout chez des sujets atteints de troubles gastro-intestinaux.

Le traitement que nous allons maintenant étudier est un de ceux qui, en thérapeutique, donnent les résultats les plus rapides et les plus surprenants. Pas traitée, la maladie peut guérir seule, mais le plus souvent elle tue le petit malade qui meurt dans le marasme ou la cachexie ou bien qui succombe à une complication, broncho-pneumonie pneumonie, entérite. Traitée de bonne heure, elle guérit en quelques jours et il est réellement surprenant de voir avec quelle rapidité disparaissent les accidents les plus graves. Dans certains cas même où la maladie datait de plusieurs mois et avait produit des désordres considérables, tels que des fractures ou des épanchements sous dure-mériens, ou des phénomènes purpuriques d'une grande intensité, l'application du traitement a déterminé en quelques jours la guérison avec la même rapidité que l'aurait fait le traitement spécifique si ces accidents avaient été d'origine syphilitique.

Ce traitement que nous allons maintenant étudier comprend deux parties : nous devrons d'abord passer en revue les mesures prophylactiques susceptibles de mettre l'enfant à l'abri de l'éclosion de ces accidents et en second lieu nous étudierons les moyens thérapeutiques qu'on devra mettre en œuvre quand la maladie est déclarée.

1° *Traitement prophylactique.* — Ce traitement découle naturellement de la connaissance des causes qui donnent naissance à l'affection qui nous occupe. Nous avons dit que la maladie de Barlow était du scorbut survenant chez l'enfant qui ne reçoit comme alimentation que des aliments préalablement soumis à une haute température pendant un temps assez long.

Dans les observations publiées jusqu'à ce jour, il est facile de voir qu'on incrimine en effet les laits stérilisés du commerce, ou le lait pasteurisé, c'est-à-dire maintenu à une température de 85° à 90° pendant 15 minutes au moins, ou le lait maternisé, c'est-à-dire modifié considérablement dans sa composition et stérilisé ensuite, ou bien encore de farines de conserve, c'est-à-dire enfermés dans des boites après stérilisation. Dans tous ces aliments, la haute température à laquelle ils ont été soumis à détruit un principe (ferment ou autre substance encore indéterminée) que contenait le même aliment frais. C'est l'absence de cette substance qui détermine le scorbut ; c'est donc en évitant que l'enfant ne soit privé de tout aliment frais qu'on le garantira des accidents scorbutiques.

Dans la pratique pourtant quand l'enfant ne peut être nourri au sein, il est indispensable de soumettre le lait à une température suffisamment élevée pour détruire les germes pathogènes, comment pourra-t-on concilier les deux choses ? Doit-on rejeter complètement de l'alimentation du nourisson le lait stérilisé ou même pasteurisé, est-il possible de détruire les germes pathogènes sans priver le lait de ses propriétés antiscorbutiques ? La stérilisation, telle qu'on la pratique dans le commerce est obtenue au moyen d'une température atteignant au moins 110°, qui détruit fatalement les propriétés antiscorbutiques en même temps qu'elle altère les substances albuminoïdes et les rend moins assimilables. Dans la pasteurisation telle qu'on la pratique habituellement le lait n'atteint pas une température aussi élevée, mais la température de 80 à 90° à laquelle il est soumis est maintenue pendant une durée de 20 minntes au moins ; dans ces conditions le lait est moins altéré, mais pourtant il a perdu ses qualités puisqu'à l'origine de nombreux cas de scorbut on note l'usage de ce lait pasteurisé. A l'occasion d'une communication de M. Neumann, la société de médecine interne de Berlin a cherché à résoudre cette question. Elle est arrivée à la conclusion suivante : une température de 60° maintenue pendant quelques minutes suffit pour détruire les germes pathogènes du lait sans que celui-ci ait perdu ses qualités antiscorbutiques. C'est là, croyons-nous, qu'est la solution du problème qui nous intéresse. Mais nous croyons aussi que l'ébullition du lait à l'air libre, durant quelques minutes, suffit pour rendre le lait inoffensif au point de vue microbien sans l'altérer autant qu'une température même moins élevée, mais prolongée pendant 15 ou 20 minutes. Nous n'en voulons pour preuve que l'altération du goût du lait qui est beaucoup plus prononcée dans ce dernier cas que dans le premier.

Pour nous résumer, pour mettre l'enfant à l'abri des accidents scorbutiques, tout en prenant les précautions propres à éviter les contagions microbiennes on devra ou bien pasteuriser le lait, mais en le portant pendant quelques minutes seulement à une température ne dépassant pas 60°, ou bien tout simplement le faire bouillir, mais en le retirant du feu aussitôt qu'il aurait atteint le point d'ébullition. Il est bien évident, du reste, que si on l'on est à la campagne et si les vaches qui fournissent le lait ont subi l'épreuve de la tuberculine, on pourra tout simplement donner à l'enfant le lait à l'état frais, ce qui est préférable.

Doit-on répudier le lait stérilisé et le bannir complètement de l'alimentation du nourrisson ? Loin de nous cette pensée, car il rend de très grands services dans les villes, surtout dans les classes peu aisées qui ne pourraient se procurer qu'un lait adultéré. Le bon lait stérilisé industriellement est bien préférable évidemment dans ces cas au liquide que les pauvres mères peuvent se procurer et comme notre maître, M. Josias l'a dit, le

lait stérilisé est un aliment précieux auquel on doit de nombreuses vies humaines. Mais en dehors de ces cas il nous semble préférable de recourir au lait frais. Nous avons déjà, ailleurs, rapporté deux exemples qui nous ont paru bien suggestifs concernant le sujet que nous traitons ici. Deux jeunes mères qui sont rentrées à Paris au mois d'octobre dernier, nous ont raconté que sur le conseil de leur médecin respectif, elles avaient emporté en quittant Paris au mois de juillet, allant l'une au cœur de la Normandie, l'autre dans une vaste propriété de la Brie, la quantité de lait stérilisé nécessaire à leurs nourrissons pendant toute la durée des vacances. Ces exemples sont très nombreux, n'y a-t-il pas là une exagération évidente ? Il est certain que le lait frais que ces jeunes mères se seraient procuré à la campagne eût été bien préférable au lait stérilisé industriellement qu'elles ont emporté de Paris. Le lait stérilisé ne doit être considéré que comme un aliment d'exception, il doit être réservé aux milieux dans lesquels il est impossible de se procurer du bon lait frais. Il est un argument que les partisans à outrance du lait stérilisé opposent à ceux qui veulent en limiter l'emploi, argument qui, à première vue, semble possèder une certaine valeur, c'est le suivant : une grande quantité d'enfants, des milliers, sont nourris chaque jour au lait stérilisé et pourtant le nombre des cas de maladie de Barlow signalé est extrêmement infime. Ceci est exact, mais d'abord combien y a-t-il de cas qui échappent au diagnostic? Ensuite la maladie de Barlow ne se déclare pas avant le 6e ou le 7e mois et dans le peuple, la plupart des enfants de cet âge reçoivent d'autres aliments que le lait stérilisé, ce qui leur permet d'échapper à la maladie. Enfin, s'il est certain que les enfants nourris au moyen d'aliments de conserve (lait surchauffé ou spécialités alimentaires), n'arrivent pas tous à la maladie de Barlow, il n'en est pas moins vrai que la plupart de ces enfants ne présentent pas un état de santé absolument normal. De fait, nous avons fréquemment rencontré dans la pratique, de ces enfants anémiés, chez lesquels le régime frais et l'administration quotidienne de deux cuillerées de jus d'orange ou de citron faisait rapidement disparaître toute trace d'anémie.

Dans l'étiologie de la maladie de Barlow, nous avons incriminé à côté du lait stérilisé l'usage abusif des farines de conserve. Beaucoup d'enfants en effet sont nourris exclusivement au moyen de ces farines alimentaires, stérilisées préalablement. Il serait étonnant d'ailleurs que ces aliments de conserve ne donnent pas lieu chez l'enfant au scorbut alors que l'usage de ces aliments détermine cette affection chez l'adulte. Il faudra donc n'user que modérément de ces spécialités alimentaires. Il faudra préparer les bouillies avec des farines de blé, riz, avoine, orge, ou tout au moins mélanger ces farines aux spécialités que l'enfant prend avec plaisir à cause de leur goût plus succulent. Il faudra, dès que l'enfant aura atteint 15 mois, introduire dans son alimentation les œufs et vers 18 mois, la pomme de terre sous forme de purée légère.

2) *Traitement curatif.* — En présence d'un cas de maladie de Barlow la première des indications est de supprimer la cause qui lui a donné naissance. Il faudra donc aussitôt supprimer l'alimentation défectueuse à laquelle l'enfant était soumis et la remplacer par l'administration de substances fraîches. Si l'enfant ne peut recevoir que du lait, on lui donnera du lait frais, lait d'ânesse ou de chèvre, ou lait de vache provenant de vache tuberculinée, autant que possible ; si l'enfant est plus âgé, au lait frais on ajoutera des œufs et des bouillies faites au moyen de lait frais et de farines non conservées, ou encore des pommes de terre en purée. On pourra aussi avec fruit lui donner des soupes aux légumes, de la viande crue et du jus de viande.

Ce simple changement dans l'alimentation suffira souvent pour faire disparaître très vite les accidents et obtenir la guérison. Pourtant, pour que ce résultat soit plus rapidement obtenu il sera bon en même temps de joindre à ce régime l'administration d'une substance antiscorbutique telle que jus de citron ou jus d'orange ou jus de raisin (3 ou

4 cuillerées à café dans un peu d'eau sucrée entre les repas ou mélangées au lait).

Si les hémorragies sont très intenses, comme dans la forme purpurique, on se trouvera bien de donner en même temps une potion contenant de 1 gramme à 1 gr. 50 de chlorure de calcium :

Chlorure de calcium	1 gramme à 1 gr. 50
Sirop d'orange	30 —
Eau distillée	125 —

par cuillerées à bouche toutes les deux heures.

En cas de melœna on immobilisera l'enfant dans son lit et on maintiendra en permanance une vessie remplie de glace sur son abdomen. Les hématémèses seront combattues par le même procédé auquel on ajoutera l'absorption de boissons glacées ou de fragments de glace.

Enfin, si les hémorragies étaient trop abondantes, on pourrait être autorisé à pratiquer des injections sous-cutanées de sérum gélatiné ou d'ergotine. Mais nous le répétons, ces mesures seront le plus souvent inutiles, car le changement de régime et l'administration des substances antiscorbutiques suffiront dans le plus grand nombre de cas.

Localement, il pourra être indiqué d'immobiliser les membres au moyen de planchettes quand il y aura des hématomes ou surtout des fractures sous-périostées. Enfin, la bouche du petit malade devra être l'objet de soins minutieux. On passera fréquemment sur les fongosités gingivales, sur la face interne des joues et sur la langue de petits tampons de coton imbibés de jus de citron ou mieux d'eau oxygénée coupée au 1/4 :

Eau oxygénée à 12 volumes	30 grammes
Eau distillée	90 —

Pendant tout ce temps on surveillera avec soin les fonctions gastro-intestinales et dès que les accidents scorbutiques seront en voie de régression on diminuera la quantité des substances médicamenteuses qui rapidement deviendraient irritantes.

L'anémie persiste souvent assez longtemps après la cessation du scorbut, Barlow recommande alors l'emploi de l'huile de foie de morue, dans les cas où elle peut être tolérée.

Enfin, il faut savoir que quand la maladie a été de longue durée l'administration des substances antiscorbutiques peut quelquefois être longtemps nécessaire à l'enfant. Dans l'une de mes observations (1) plusieurs mois encore après la guérison l'enfant devait recevoir chaque jour une petite dose de jus de citron, sous peine de voir réapparaître les accidents.

En résumé la maladie de Barlow est bien du *scorbut* : les conditions étiologiques qui lui donnent naissance et l'efficacité du traitement antiscorbutique le prouvent surabondamment.

Elle peut se rencontrer chez un même sujet avec le rachitisme, mais elle n'a pas de rapport avec cette affection.

C'est l'usage exclusif et longuement prolongé des aliments de conserve, c'est-à-dire soumis à des températures élevées, qui lui donne naissance (lait stérilisé ou pasteurisé, spécialités alimentaires).

Enfin la substitution d'aliments frais à ces aliments de conserve et l'administration de substances antiscorbutiques amène très rapidement la guérison complète des accidents.

---

(1) Thiercelin loco citato.

CHIRURGIE CONSERVATRICE

par le Dr S. Artault de Vevey

Ex-préparateur des Travaux Pratiques de la Faculté de Paris.

« Il n'y a pas d'autre alternative, pour celui qui affirme sa croyance, que de passer pour un ignorant ou un spéculateur... Ceux qui ne croient à rien sont seuls les sages et les purs ! »

Amédée Latour.

Malgré l'innocuité absolue que présente aujourd'hui l'intervention chirurgicale, la rapidité de guérison qu'elle offre entre autres avantages sur les procédés médicaux dans le traitement des affections suppuratives, il est pourtant des cas où il faut savoir user de ces derniers.

Parfois, en effet, l'état général du malade ne permet pas l'opération c'est le cas de la plupart des tuberculeux ou des diabétiques; parfois enfin, la famille ou le malade s'y opposent formellement. On trouve en effet encore, même à Paris, des gens arriérés. N'est-ce pas d'ailleurs à Paris que *florissent* par excellence les rebouteurs et les charlatans? Le peuple de la ville lumière n'est pas le plus éclairé... Ne serait-il pas utile, en tout cas, en présence de faits de ce genre, de disposer de quelques médications efficaces qui puissent permettre au médecin d'agir autrement que par sa présence, par les palliatifs de son éloquence ou du vieil arsenal empirique aux pâteux et dangereux onguents? Dans de telles circonstances la plupart des médecins désarmés n'ont d'autre ressource que d'invoquer la patience et la nature; ils ont, il est vrai, le soulagement moral d'avoir fait ce qu'auraient fait leurs maîtres, et il est toujours doux de mettre sa conscience et sa responsabilité à l'ombre d'une autorité même impuissante : on occupe son malade de simulacres de traitement, et on le laisse doucement s'éteindre dans ses rêves de guérison.

Voilà pourquoi j'ai cru devoir faire connaître quelques procédés ou médicaments connus ou nouveaux, capables d'amener plus ou moins rapidement la guérison complète et définitive, *sans acier*, de diverses affections purement chirurgicales, ce qui justifie bien, comme on voit, le titre général de « Chirurgie conservatrice » que j'ai choisi pour cette série d'articles.

J'y signalerai quelques cas d'*adénite cervicale*, même suppurée, guéris par de simples pansements à l'*hypochlorite de chaux* ou à la *teinture de Rudbeckia*, médicament inconnu jusqu'ici, ou par le traitement général; quelques cas de *fistules anales* guéries par l'*acétate neutre de cuivre* cristallisé; des cas *d'appendicite* inopérables et graves, guéris par des irrigations huileuses; un cas exceptionnellement grave de *gangrène de la verge* chez un diabétique, guéri, après des tentatives multiples et délicates de pansements variés, par l'emploi de *teinture de Myrtille*; un cas de *suppuration* abondante rapidement guéri par la *teinture de Rudbeckia*; enfin je signalerai de nouveau le traitement des *hémorroïdes* par les préparations de *Marron d'Inde*, qui réussirent même dans deux cas de *prostatite*; et je rappellerai l'emploi des teintures de *thuya*, *d'aloès*, contre les *ulcères variqueux*, en y joignant la *teinture de Myrtille*.

Entre temps, j'aborderai *l'étiologie des fistules anales*, et j'insisterai sur leurs rapports, ainsi que sur ceux de *l'appendicite avec la tuberculose.*

I

Traitement médical d'adénites cervicales suppurées ou non ; guérison ; hypochlorite de chaux ; teinture de Rudbeckia serotina

J'ai déjà en 1897 (1), cité des cas de guérison par traitement purement médical, d'adénites cervicales chez des enfants. J'en rapporterai tout à l'heure deux autres encore plus intéressants.

Il y a lieu de considérer l'état de l'adénite, qui est suppurée ou non, ouverte au dehors ou non.

Les cas que j'ai publiés déjà ont trait à deux fillettes chez qui les masses ganglionnaires n'étaient pas ramollies, et à un jeune garçon de 10 ans chez qui la suppuration s'établit avec ouverture au dehors.

Les deux nouvelles observations concernent une adénite cervicale chez une femme de cinquante ans, guérie sans suppuration, et un cas de fonte purulente d'un ganglion prémastoïdien à la suite d'une angine scarlatineuse et disparue sans ouverture et sans laisser de trace.

Je rapporterai ici sommairement ces observations.

Adénites cervicales tuberculeuses guéries par traitement général.

Les deux petites filles de 8 et de 6 ans avaient le long du cou l'une à gauche, l'autre à droite, une chaîne ganglionnaire partant de l'insertion supérieur du sterno-mastoïdien et descendant le long de son bord postérieur jusque dans le creux sus-clavier. Les ganglions sont gros comme des noisettes et des noix et visibles à travers la peau qu'ils soulèvent en nodosités arrondies et irrégulières. Ils sont mobiles au toucher et roulent facilement sur les doigts. Le traitement chez les fillettes fut exclusivement interne et général et consista en injections d'huile gaïacolée à 10 0/0 et iodoformée à 1 0/0 chez la plus jeune, et d'huile gaïacolée à 10 0/0 simple chez la plus âgée, parce que l'iodoforme provoquait du purpura. En cinq à six mois, chez l'une comme chez l'autre, les ganglions avaient disparu et le cou était revenu à l'aspect normal. A peine remarque-t-on une légère rétraction des tissus profonds attirant la peau.

Il faut noter que la persévérance est nécessaire dans le traitement des adénites de ce genre, car pendant les deux ou trois premiers mois, on ne perçoit aucune différence sensible, mais le jour où commence l'affaisement, la fonte se fait presque à vue d'œil. Il ne faudrait donc pas se décourager et croire à un insuccès parce que les tumeurs semblent pendant quelque temps réfractaires au traitement. C'est une notion sur l'importance de laquelle d'autres observations m'ont depuis confirmé.

Les deux observations précédentes furent donc des guérisons purement médicales, et de chirurgie éminemment conservatrice, puisqu'il n'y eut pas même menace de pus, ni trace des accidents.

Celle qui suit exigea des pansements et subit un traitement par là même un peu plus chirurgical, en ce que ce mot évoque vraiment l'image de plaies et de pansements.

(1) Artault de Vevey, *Tuberculose et injections huileuses chez l'homme et les animaux.* Berthier, Paris 1897, page 78.

Adénite cervicale tuberculeuse abcédée, guérie par traitement général et hypochlorite de chaux.

Il s'agit d'un jeune garçon de 10 ans, porteur d'un paquet ganglionnaire gros comme un œuf, formé par les ganglions sous-maxillaires et post-jugulaires, à l'angle gauche de la mâchoire inférieure ; les ganglions sous-auriculaires et sous-mastoïdiens pris aussi, descendaient à moitié du cou. Il y a, au moment où je l'examine, déjà fluctuation en deux points. Il sera difficile, pensais-je, d'arrêter la suppuration. C'est ce qui se produit, malgré le traitement général, consistant en injections, tous les deux jours, de solution de gaïacol à 10 0/0 et d'aristol à 1 0/0. Comme les parents s'opposaient formellement à l'intervention du bistouri « à cause des cicatrices ! » je me décidai à des pansements résolutifs et antiseptiques. Au bout de trois jours un premier point s'ouvre et du pus s'écoule. Je fais appliquer en permanence des tampons d'ouate hydrophile imprégnée d'une solution d'hypochlorite de chaux à 2 0/0. La poche vidée s'affaisse et se ferme rapidement sans fistule. Un mois plus tard, le deuxième point fluctuant qui ne s'est pas étendu autant qu'on aurait pu craindre s'ouvre à son tour. Il suppure pendant quinze jours environ, puis se ferme comme le premier, sans tendances nouvelles à la suppuration. Malgré l'affaissement de ces petits foyers, la masse totale n'a pas diminué de moitié. On continue les applications constantes d'hypochlorite dont on dédouble même la solution pour éviter un érythème léger. Il est nécessaire de renouveler fréquemment le tampon, car on ne doit pas l'appliquer mouillé, mais simplement humide, exprimé, pour éviter les ruissellements et l'irritation cutanée. Au bout de cinq mois de traitement la masse ganglionnaire s'est complètement affaissée et le côté de la joue et du cou est devenu symétrique au côté opposé ; les cicatrices sont saines ; il y a une légère rétraction profonde.

Il sera toujours possible de faire remarquer ici que la durée du traitement ayant été la même que dans les observations des fillettes, le pansement à l'hypochlorite n'a donc eu aucune action sur l'état local et que seul le traitement général, a dû, comme chez elles, amener la disparition des ganglions. Mais je ferai observer que le cas était ici plus grave, puisqu'il y avait commencement de fonte suppurative des ganglions, et que ce qui donne à cette observation tout son intérêt, c'est que l'emploi de l'hypochlorite de chaux a pu ici arrêter, enrayer complètement la suppuration qui, quand elle a commencé ne s'arrête généralement plus. Il semble donc avoir eu une action très manifeste et efficace comme antipurulent.

Il est très important de posséder des agents qui puissent empêcher ou entraver les suppurations. On vient de voir que l'hypochlorite de chaux peut remplir cet office ; malheureusement, son emploi exige des précautions, car il est caustique, irritant, et toutes les peaux ne lui sont pas indifférentes ; de plus, il dégage une odeur assez désagréable, que bien des personnes ne peuvent supporter. J'avais donc cherché ailleurs et eu l'occasion, par exemple, de retirer grand avantage de différents produits, comme la teinture de *Thuya* et la teinture de *Myrtille*, qui sont des préparations vraiment remarquables, contre certaines ulcérations, comme on le verra plus tard. Néanmoins, j'appris avec plaisir que les Américains avaient découvert dans un mélange de teinture de *Thuya* et d'*Echinacea*, un remède puissant, héroïque, contre les suppurations de tout ordre. On en faisait assez grand bruit sous un nom étrange : le but était, sans doute, d'égarer les recherches, d'autant plus que la composition avouée pour les besoins de pénétration chez nous, sentait elle-même le subterfuge : qu'il y ait dans cette préparation de la teinture de *Thuya*, la chose n'est pas douteuse, on la reconnaît facilement à ses propriétés physiques, mais le mot d'*Echinacea* paraît avoir été cherché pour dérouter. Aucun horticulteur ou botaniste ne serait capable aujourd'hui de renseigner sur ce genre de plante : le nom même n'existe plus depuis longtemps, en effet, et est tombé dans l'oubli. Je me suis donc, à propos, souvenu d'avoir été jadis préparateur de Baillon, et j'ai retrouvé que le fameux genre *Echinacea* avait été créé par un botaniste allemand pour

un groupe de plantes de la Louisiane, qu'aucun botaniste n'admit jamais et qu'on a fondu dans le genre *Rudbeckia* de Linné. Les sciences accessoires servent parfois, comme on voit, à quelque chose. Or, si les *Rudbeckia* sont des plantes de la partie méridionale des Etats-Unis, ils poussent tout de même fort bien chez nous ; l'espèce *angustifolia* que les Américains préconisent et gardent avec un soin jaloux, au point d'en refuser des échantillons et même des graines, peut elle-même résister à nos hivers en pleine terre, mais il n'y en a que très peu. En revanche, une espèce très voisine, si même elle en diffère, car il n'y a de différences que dans la taille, fleurit couramment en France, et j'en ai dans mon jardin de très beaux pieds qui ont résisté à des froids de 15° : C'est le *Rudbeckia serotina*, dont la variété *purpurea* est recherchée pour ses fleurs. En général, les plantes d'une même famille jouissent de propriétés analogues, à plus forte raison des plantes appartenant au même genre et surtout aussi voisines que ces deux *Rudbeckia*; aussi, ne fus-je point surpris de constater que la teinture de *Rudbeckia serotina* donne des résultats analogues à ceux du produit américain en, question associée ou non à la teinture de *Thuya*. C'est donc encore un agent à employer contre les suppurations. On ne le trouve pas encore dans le commerce, mais je pense qu'il ne tardera pas à être couramment employé, puisqu'il est à la portée de tous ; et qn'on en tirera dans maintes lésions suppuratives, d'aussi sérieux avantages que de la préparation américaine, qui, quoiqu'efficace, a le défaut de coûter fort cher.

Voici à ce sujet deux observations intéressantes :

Ganglion cervical abcédé à la suite de scarlatine, guéri sans intervention par la Teinture de Rudbeckia serotina

L'enfant D... âgé de 5 ans, après une scarlatine évoluée sans accidents, restait depuis un mois et demi environ, pâle, anémié, fébricitant le soir, et ne mangeait plus, au point que j'avais cru devoir faire part au père de mes craintes de tuberculose possible, d'autant plus que son attitude, la raideur de son cou, me faisaient craindre un processus méningé. Il n'en était rien heureusement, comme on va voir ; on remarqua en effet un matin, au niveau du bord postérieur du sternocleidomastoïdien gauche, une grosseur du volume d'une noix, dure, non mobile, et qui semblait se continuer en arrière dans la profondeur des muscles. Bien que j'aie observé chez l'enfant antérieurement la micropolyadénopathie, qu'entre parenthèse il est bien difficile de ne point rencontrer sur les enfants à Paris, je ne rattachai point l'apparition de cette adénite cervicale à la tuberculose, mais j'en fis un aléa consécutif à la scarlatine récente, et ayant évolué lentement et difficilement dans les parties profondes. Ainsi s'expliquait la fièvre et le mauvais état général. D'ailleurs, une fois paru à la peau, l'abcès grossit vite et atteignit en quelques jours le volume d'un œuf; en même temps la peau se tendait, prenait l'aspect spécial d'une pelure d'oignon, qui avertit de l'ouverture prochaine, et toute la région était douloureuse, infiltrée; on sentait dans la partie moyenne un point où la peau extrêmement mince cédait sur un contenu absolument liquide, fluctant. Une intervention s'imposait et déjà je voulais adresser l'enfant à un chirurgien quand la famille malgré mes instances, déclara préférer une ouverture naturelle de la collection purulente. Tout en dégageant ma responsabilité, et réservant l'avenir, je me décidai à tenter l'emploi de la Teinture de Rudbeckia. J'ordonnai donc chaque jour trois cuillers à café de cette teinture à prendre dans un peu d'eau sucrée, et des applications permanentes de compresses de ce même produit sur l'abcès. J'avoue que je fus surpris d'abord de constater qu'au bout de huit jours environ la fluctuation était moins nette et que la masse paraissait diminuer. Cette régression s'accentua si bien qu'au bout de trois semaines on n'en trouvait plus trace, et qu'à la peau du cou il ne restait aucun vestige de l'altération primitive prémonitoire de l'ouverture de l'abcès. Le pus s'était absolument résorbé sous l'influence de ce traitement. La santé est toujours restée parfaite depuis.

C'est là un fait fort curieux et intéressant, et sur lequel je ne saurais trop attirer l'attention des praticiens en pareilles circonstances. La formation si rapide du pus, les phénomènes généraux plaident en faveur d'un abcès consécutif à une infection générale, plus qu'en faveur d'une adénite cervicale tuberculeuse toujours lente et insidieuse dans son évolution ; et la scarlatine suffisait à l'expliquer. Depuis il n'y a pas eu de rétraction des tissus profonds comme cela survient après la fonte des ganglions tuberculeux. La Teinture de *Rudbeckia* se montra ici d'une efficacité supérieure à celle de l'hypochorite de chaux.

C'est encore à ce même produit que j'eus recours dans le cas suivant :

Adénite sous maxillaire et cervicale guérie par traitement général et Teinture de Rudbeckia.

Madame H... âgée de 51 ans, n'a jamais eu de maladie sérieuse jusqu'au jour où je la vois. Elle porte une volumineuse tumeur, grosse comme un œuf, en arrière de la branche droite du maxillaire inférieur, et descendant jusqu'au bord antérieur du sternomastoïdien, derrière lequel on sent même que la chaîne ganglionnaire, mamelonnée en masse compacte, disparaît et plonge profondément. On retrouve encore dans le triangle sus-claviculaire droit du sternomastoïdien et du trapèze, au devant des scalènes, plusieurs ganglions assez gros et fermes. La malade attribue l'éclosion de son affection aux soins qu'elle a donnés pendant longtemps à un neveu mort phtisique chez elle. Elle porte d'ailleurs elle-même une lésion tuberculeuse du sommet droit avec signes de ramollissement. Mais le premier accident, dit-elle, a été l'envahissement des ganglions cervicaux, ce qui vient à l'appui de l'étiologie amygdalienne ou pharyngienne de la tuberculose ganglionnaire de cette région. La malade a beaucoup maigri, n'a plus d'appétit, a des sueurs nocturnes et commence à avoir de la fièvre le soir. Jusqu'à présent on l'a traitée d'une manière tout empirique, par massage de la tumeur, sans s'occuper de la toux ni de la possibilité de tuberculose pulmonaire. J'ordonne comme traitement général des injections hypodermiques de solution huileuse gaïacolée iodoformée, *qui est la meilleure préparation dans les formes de tuberculose ganglionnaire*, et tout en lui faisant prendre aussi une solution de phosphate de chaux arsenicale en mangeant, je fais appliquer des compresses de Teinture de Rudbeckia sur la tumeur du cou. Le traitement fut très régulièrement suivi. Pendant les trois premiers mois, tandis que l'appétit était revenu, que la malade avait engraissé de 11 livres, se sentait forte et ne toussait presque plus; que les lésions du sommet avaient rétrocédé au point de ne plus laisser qu'une rudesse respiratoire, sans râles ni signes de ramollissements, la tumeur cervicale était restée sans changement bien sensible. Dans le courant du quatrième mois, elle commença à diminuer et s'affaissa rapidement au point de ne plus laisser le sixième mois, qu'une dépression assez marquée due à la rétraction cicatricielle des tissus profonds, sans qu'à aucun moment, il y ait eu fonte purulente des ganglions. Après être restée guérie de sa tuberculose pulmonaire, la malade vient de mourir (octobre 1902) d'accidents cardiaques. C'étaient des troubles, qui à plusieurs reprises mirent sa vie en danger, et qui rappelaient la maladie de Basedow, troubles d'innervation cardio-pulmonaires, dus peut-être à quelque altération du pneumogastrique saisi dans le tissu cicatriciel des anciens foyers tuberculeux du cou.

J'ai eu depuis l'occasion de traiter encore une jeune fille, atteinte d'adénite cervicale gauche, dont l'observation est presque la copie de la précédente, même au point de vue étiologique, et qui s'en guérit, après ramollissement d'un ganglion, sans ouverture, par le même traitement général et local.

Il s'agissait dans ces deux cas d'une lésion ganglionnaire tuberculeuse comparable à celles des trois premières observations, la marche fut la même que chez les petites filles, et e signale encore une fois la disparition rapide des tumeurs à partir d'un certain moment, qui

correspond sans doute à un état général tout à fait équilibré, après être restées longtemps sans modifications, comme si le travail de résorption qui les emporte tout à coup se préparait lentement et sans changements apparents; il s'y prépare sans doute un processus de cytolyse intense, qui une fois mûr emporte tout les tissus inflammatoires néoformés et semble même intéresser les tissus adjacents, dans une certaine mesure. C'est ce qui explique les rétractions persistant ensuite, et qui peuvent atteindre dans certains cas, comme je l'ai vu chez un malade avec M. Brissaud, des proportions extraordinaires.

Il s'agissait d'un malade atteint d'une tumeur ganglionnaire cervicale gauche, que M. Brissaud avait traité quelques années avant que nous ne le voyions ensemble, comme un lymphadénome et qui avait cédé à des injections de liqueurs Fowler pratiquées, je crois, par M. Reclus.

Si j'en parle ici, c'est parce que, vu la marche de l'affection, sa rétrocession rapide, presque subite après une période d'indifférence, vu la rétraction produite qui était proportionnelle au volume de la tumeur et à l'étendue de tissus envahis, phénomènes qui sont constants dans la tuberculose ganglionnaire cervicale, quand elle se guérit sans intervention sanglante; si je rappelle, dis-je, ce cas, c'est que ces allures le rapprochent de mes cas personnels, c'est encore, et surtout parce que le fils du malade était mort tuberculeux, d'une façon presque foudroyante avec hémoptysies abondantes à la suite d'une opération d'appendicite, et que le malade lui-même mourut tuberculeux avec des hémoptysies considérables, accidents pour lesquels j'eus l'occasion de le voir justement avec M. Brissaud.

Tout cela plaide fortement en faveur de la nature tuberculeuse de sa tumeur cervicale, surtout était donné qu'il en avait été atteint et guéri avant que son fils ne tombât malade; de plus son poumon gauche, côté de la tumeur avait été le premier et était aussi le plus malade.

Je tiens à bien faire observer, que dans tous les cas que je viens de citer, il ne s'agit pas de simples ganglions plus ou ou moins scrofuleux simples, mais bien de tuberculose ganglionnaire, sauf celui de l'enfant scarlatineux, puisque la tuberculose pulmonaire existait chez tous comme colonisation probable des premières lésions.

CONCLUSIONS

Il est très possible de guérir des adénites cervicales même suppurées par des moyens purement médicaux, quand il est impossible de faire autrement.

Le traitement général consiste en injections hypodermiques quotidiennes de :

Gaïacol	10 grammes
Iodoforme	1 —
Huile stérilisée	q. s. pour 100

toutes les fois qu'on a affaire à des adénites tuberculeuses ou scrofuleuses, ce qui est synonyme.

Si elles suppurent, des applications de compresses juste humides et non ruisselantes, imprégnées d'une solution de

Hypochlorite de chaux à 2 0/0.

entravent très nettement la fonte purulente et activent la guérison.

Dans les adénites infectieuses, qui d'ailleurs, se distinguent des précédentes par une localisation bien plus nette, l'emploi de

Teinture de *Rudbeckia serotina.*

seule ou associée à la teinture de *Thuya* donne de remarquables résultats, tant en entravant la suppuration qu'en faisant même résorber le pus produit sans ouverture des collections.

Ce sont là des produits à la portée de tout le monde, et j'espère, que demain quelque tenancier de commerce thérapeutique ne va pas s'en emparer pour en faire une spécialité sous mes auspices, sinon sous mon nom, fait qui s'est produit déjà, contre lequel je tiens à protester ici, et qui justifie en quelque mesure les paroles d'Amédée Latour que j'ai mise en épigraphe.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 12 novembre 1902

Présidence de M. Sevestre

M. Bardet lit un travail sur l'*établissement du régime en quantité*. Dans une communication faite il y a un an sur le régime des dyspeptiques, il relevait l'erreur que commettent beaucoup de médecins en conseillant la suralimentation chez des dyspeptiques amaigris et montrait que cet amaigrissement était dû à l'envahissement de l'organisme par des produits amidés, la suralimentation azotée amenant avec elle une désassimilation intense et l'aggravation de l'état pathologique. En fait, la quantité d'albumine nécessaire aux besoins organiques est inférieure à celle que l'on admet généralement.

Aujourd'hui M. Bardet apporte à l'appui trois observations, dont l'une remonte à près de vingt ans, et les deux autres ont été suivies pendant onze mois et un an. Les malades, avec un régime d'anachorète, loin de voir leur état s'aggraver ont vu cet état s'améliorer.

La première observation, est celle d'une femme de 35 ans, observée il y a un an, qui pesait 34 kilogrammes pour une taille de 1 m. 52. Son état de misère physiologique l'avait fait considérer comme tuberculeuse par son médecin, qui reconnut plus tard que son état relevait de la dyspepsie. Cette personne était atteinte d'une dyspepsie hypersthénique avec paroxysmes intenses. Le régime institué qui visait à la suralimentation pour faire engraisser la malade, ne fit que multiplier les crises en donnant des indigestions. M. Bardet vit alors la malade, supprima tout traitement médicamenteux, sauf les alcalins et quelques calmants pour combattre les crises, et institua un régime de quantité basé sur la ration nécessaire. En supposant que son poids normal correspondant à sa taille devait être de 42 kilogrammes, c'était 45 grammes environ d'albumine et 1500 calories à lui fournir par alimentation, si l'on suppose les besoins égaux à 1 gramme d'albumine, et 35 calories par kilogramme.

On peut avoir recours, pour instituer ce régime, au procédé de Maurel qui consiste à ajouter 60 à 80 grammes de sucre par litre de lait, ce qui fait que chaque litre de ce liquide donne 1.000 calories et 30 grammes d'albumine par litre. Un litre et demi de lait par jour devait suffire chez la malade. Au bout de six semaines de ce régime, la malade avait gagné près de 3 livres, par conséquent la quantité d'aliments était plus que suffisante pour l'entretien. Sans que les troubles dyspeptiques eussent cessé entièrement, l'état de l'estomac s'était amélioré.

Le régime fut alors modifié dans un sens plus substantiel, de manière à arriver par l'addition d'œuf, de sucre ou de fécule à 1.700 calories et 50 à 55 grammes d'albumine. Mais il fallut revenir au régime lacté antérieur en raison du retour des indigestions. L'état de la malade s'améliora de nouveau, et au bout de quatre mois de traitement son poids atteignait 38 kilogrammes.

A ce moment le lait fut remplacé en partie par des œufs, de temps à autre par des pommes de terre, sans changer la ration de 1500 calories et 45 grammes d'albumine, de façon qu'au bout d'un mois le gain était encore d'un kilogramme 300 grammes. Le régime dans la suite fut encore modifié, tout en restant simple et constitué par des œufs à la coque, de la viande blanche bouillie, des légumes farineux et du laitage. Les crises ont disparu, et si la malade reste maigre quoiqu'ayant un poids normal, elle offre un aspect général meilleur et peut travailler quelque peu. Son état se maintient à condition d'observer la ration suffisante correspondant à ses besoins réels.

La deuxième observation est celle d'un malade de 50 ans, ancien dyspeptique dont l'état ne s'est amélioré que par le rationnement. Il prenait en œuf, viande, légumes féculents, laitage et sucre un équivalent de 210 calories et de 97 grammes d'albumine, ration tenue pour insuffisante pour un poids de 55 kilogrammes. Bien loin d'être insuffisant ce régime était exagéré, car les troubles, crises paroxystiques, stase gastrique, ne s'amendèrent qu'avec un régime plus restreint. La ration fut calculée à raison de 33 calories par kilogramme et de 1 gramme d'albumine, représentés, par un peu moins de deux litres de lait additionné de sucre. Or, depuis onze mois ce malade se livre à un travail intellectuel et physique considérable, pouvant faire 12 à 20 kilomètres par jour et exceptionnellement 40 kilomètres. Les aliments qu'il prend dans une journée équivalent à peine à 1.850 calories et 55 grammes d'albumine.

Ces deux observations montrent donc que l'équilibre et l'augmentation de poids peuvent être obtenus avec des rations réduites d'une façon invraisemblable et reconnues d'après les idées reçues comme insuffisantes.

Une troisième observation que cite M. Baudet montre que le même régime est applicable à l'homme en bonne santé non dyspeptique. La personne dont il s'agit, âgée de 70 ans, se livre depuis longtemps à un travail énorme à condition d'observer une sobriété très grande. Pour une taille de 1 m. 65 et un poids de 80 kilogrammes, la ration est inférieure à 1 gramme d'albumine (60 gr.) et comprend en outre 50 grammes de graisse et 235 d'hydrate de carbone, correspondant au total à 1.750 calories.

Les chiffres indiqués par les hygiénistes sont donc trop élevés. Beaucoup de maladies à notre époque tiennent à *l'albuminisme* qu'il y aurait lieu de mettre en parallèle avec *l'alcoolisme*. L'albuminisme joue un rôle énorme à notre époque dans un très grand nombre de maladies chroniques et ne tient qu'à la superstition du besoin de manger contre laquelle il importe de réagir.

M. A. Robin rappelle que les cas de maladie par suralimentation sont fréquents chez l'adulte comme chez l'enfant. Il ne citera que deux exemples, l'une chez une petite fille, bien constituée, âgée de 18 mois, encore nourrie au lait, qui souffrait de crises de colique néphrétique extrêmement douloureuses. L'urine était chargée d'urée et contenait de l'albumine et beaucoup de peptone. L'enfant prenait un litre et demi de lait par jour, seulement c'était du lait de chèvre d'une richesse extrême et d'une densité de 1045. Cette chèvre était nourrie avec de l'avoine. M. Robin la fit nourrir avec du son, dès lors le lait devint normal et chez l'enfant les coliques néphrétiques dues à cette suralimentation disparurent. L'autre cas est celui d'un garçon de 12 ans auprès duquel M. Robin fut appelé par M. Monod. Ce garçon souffrait de la hanche, on craignait une coxalgie. On constata chez lui une nutrition exagérée ; l'urée, l'acide urique étaient en excès dans l'urine. On supposa qu'il s'agissait d'accidents articulaires dus au régime.

M. Linossier croit que chez les diabétiques aussi il faut réduire la quantité alimentaire. Cependant il fait quelques réserves et pense qu'on ne peut fixer d'une façon absolue les lésions de l'individu en calories. Il y a un taux individuel qui peut tenir non pas au travail, mais au terrain même ; il y a des gens qui brûlent peu, d'autres qui brûlent beaucoup comme ceux qui sont prédisposés à la tuberculose. Il est de l'avis de M. Bardet en ce qui concerne l'arthritisme, mais il est impossible de codifier le régime alimentaire pour tous les individus.

M. Bardet n'oserait appliquer à la question du régime chez les tuberculeux les mêmes données, car à cet égard la nutrition chez les malades n'a pas été assez étudiée. Ce qu'il veut surtout faire ressortir, c'est que l'alimentation a des effets médicamenteux et qu'il y a dans l'action des aliments des effets autres que ceux qui résultent de l'alimentation ; ces effets nous ne les connaissons pas suffisamment.

M. Linossier est de l'avis de M. Bardet, mais il a voulu seulement réagir contre une généralisation. Dans les traités de physiologie, on ne voit pas mentionner des différences entre les individus et l'on suppose qu'il y a au point de vue des besoins nutritifs équivalence entre tous les sujets.

M. Barbier rappelle que la suralimentation détermine chez le nourrisson des dyspepsies et des affections intestinales. Il y en a cependant qui, malgré cela, digèrent très bien et ne sont pas malades. C'est ainsi que telle nourrice réussit dans un cas déterminé et ne convient plus à un autre nourrisson. La question est plus grave pour le tuberculeux. Il est certain que toutes les fois qu'on augmente l'alimentation, on détermine une azoturie alimentaire. Le tuberculeux éprouve plus que tout autre le besoin de substance azotée et la suralimentation chez lui n'est que ration nécessaire.

M. Robin estime qu'il ne faut pas suralimenter le tuberculeux qui est plus apte qu'un autre à fixer l'oxygène. Cet oxygène ne sert pas seulement à former de l'acide carbonique, il se fixe aussi sur les tissus. Lorsqu'on ingère de la viande en excès, l'oxygène est également en excès et on augmente en même temps sa tendance à se fixer sur les tissus. Quand on suralimente les tuberculeux, on peut déterminer des accidents graves ; il a vu ainsi survenir chez un tuberculeux jeune une néphrite aiguë avec du sang dans les urines. On peut aussi déterminer des poussées du côté du foie. Dans l'alimentation du tuberculeux on doit chercher à déterminer la capacité alimentaire et non pousser à la suralimentation, sous peine d'accidents tenant à ce qu'une trop grande partie d'oxygène se fixe sur les tissus.

M. Bouloumié à propos du régime du cheval dont M. Bardet a parlé dit que pour le cheval il ne peut y avoir de régime fixe, en dehors même du poids et du travail. Le même régime qui sera suffisant pour un animal sera insuffisant ou exagéré pour un autre de même poids. Il ne peut y avoir de loi fixe à cet égard.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE,

Médecin des hôpitaux.

Traitement de la scarlatine par le sérum antistreptococcique (*Réunion des naturalistes allemands. Carlsbad* 21-27 septembre 1902). — BAGINSKY a essayé, en 1896, le sérum de Marmorek sur 48 scarlatineux, il obtint un résultat satisfaisant dans 27 cas : 16 malades se montrèrent réfractaires. Ce résultat fit abandonner la méthode, mais on continua à partir de ce moment, à étudier la question. 696 scarlatineux furent soumis à des recherches bactériologiques minutieuses, et l'on constata dans l'immense majorité des cas la présence de streptocoques. En novembre, les essais nombreux destinés à découvrir, chez le streptocoque du scarlatineux, des caractères spécifiques permettant de le distinguer des autres streptocoques, donnèrent un résultat négatif.

Dans une autre série d'expériences, ARONSON chercha à obtenir un sérum antiscarlatineux au moyen de cultures virulentes de streptocoques *provenant de scarlatineux*. Ce sérum se montra beaucoup plus efficace que celui de Marmorek au cours des expériences sur les animaux. Chez l'homme, sur 26 cas traités (20 à 60 ccm. en tout, en injections dans les régions fémorale et interscapulaire), il y eut 3 morts, dont 2 chez des malades arrivés *in extremis* à la clinique. Sur les 23 cas guéris, 16 ne présentèrent aucune complication.

Ces résultats ne donnent pas l'impression que l'on se trouve en présence d'un agent thérapeutique puissant, car, sans intervention du sérum, on peut obtenir des statistiques aussi favorables.

MOSER a lu, sur le même sujet, une communication : son sérum, préparé à Vienne sous la direction du Dr PALTAUF, a été essayé sur 84 scarlatineux, gravement atteints de préférence. Si l'on injecte dès le 3e jour on enregistre 14,29 0/0 de mortalité : le 4e, 23,08 0/0, le 5e 40 0/0, etc : le 9e 50 0/0. Cliniquement, on observe après l'injection une amélioration extrêmement rapide de l'état général, un abaissement du pouls et de la température, souvent déjà au début de l'éruption. Les complications (suppurations, néphrite) ne sont pas supprimées, mais sont plus rares et moins intenses.

E. VOGT.

Sérum antistreptococcique, son origine, sa préparation, ses indications et résultats cliniques de son emploi, par le Dr JOSÉ ELEIZEGUI (*Revista Medica de Sevilla*, 15 septembre 1902). — Voici les conclusions de l'auteur : 1° le sérum antistreptococcique constitue un progrès notable de la thérapeutique moderne, comme la clinique et l'expérimentation l'ont démontré.

2° Il trouve une indication précise dans l'infection streptococcique pure et exerce une action d'atténuation dans les formes mixtes.

3° On devrait l'employer plus souvent; bien qu'on n'admette pas encore aujourd'hui une action spécifique et assez puissante pour exclure tous les autres moyens, il constitue un adjuvant important présentant de grands avantages.

4° Son emploi est complètement inoffensif et les malaises qu'il produit sont grandement compensés par les résultats obtenus.

5° L'auteur exprime la conviction que le jour n'est pas loin où une connaissance plus parfaite des conditions chimiques et biologiques du streptocoque permettra d'accorder à ce sérum la même valeur qu'aux autres sérums actuellement utilisés.

F. BERINI.

Note sur la préparation et la conservation des sérums artificiels, par PAILLARD (*Soc. de Pharmacie*, 6 août 1902). — L'auteur estime qu'il suffit d'examiner les formules des divers sérums pour reconnaître qu'ils sont stables et que si certains d'entre eux donnent à partir de 110° C., à l'autoclave, des précipités, il faut en chercher la cause ailleurs que dans leur instabilité : ces mêmes précipités se forment du

reste à la longue même après stérilisation à froid.

Or, ces prétendues décompositions sont causées par le verre employé pour contenir le sérum. Le verre ne doit contenir que des sels de soude et de potasse; il est aujourd'hui facile de s'en procurer.

Une série d'expériences a démontré à l'auteur que ces précipités sont dus à des traces de phosphate calcaire, produit par la combinaison de la chaux contenue dans le verre et des phosphates contenus dans certains sérums.

Pour obvier à ces précipitations, on ajoutera à chaque centimètre cube de sérum 1 1/2 à 2 mgr. d'acide citrique.

E. Vogt.

Quelques formes graves de malaria (*Klinther, Wochenschrift*, nos 23-25, 1902). — Le Dr Montoro de Francesco donne une description détaillée de certains troubles morbides graves attribuables à l'infection malarique : ces formes s'observent surtout en Calabre, apparaissent de préférence en été et en automne, et résistent absolument au traitement classique par la quinine : on constate même que des doses répétées et trop faibles provoquent souvent une augmentation des accidents. L'auteur conseille, dans les cas graves, d'injecter de suite sous la peau une dose de 2 gr. de bichlorhydrate de quinine et de continuer pendant 3 ou 4 jours avec une injection de 1 gr. Ceci fait, on fait ingérer tous les jours pendant un mois un gramme d'euquinine.

Le type fébrile est continu et rémittent : on se verrait donc obligé, si l'on voulait administrer, au début du traitement, la quinine par la bouche, de le faire en plein accès fébrile à un moment où les glandes stomacales ne fonctionnent pas pour ainsi dire.

Plus tard, quand le malade est hors de danger, on préfèrera l'euquinine aux préparations quiniques, car elle ne présente pas, comme on sait, les inconvénients de ses congénères.

E. Vogt.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux.

Chirurgie du cœur et du péricarde (*XVe Congrès français de Chirurgie*, 20 au 25 octobre). — On compte peu de communications exceptionnellement intéressantes, au Congrès de chirurgie qui vient de se terminer. Quelques statistiques personnelles, d'un médiocre intérêt quant à la nouveauté des cas et des procédés, particulièrement sur la chirurgie gastro-intestinale. Seule, la chirurgie du cœur, au sujet de laquelle MM. Terrier et Reymond ont présenté un rapport, paraît avoir réalisé d'appréciables progrès, ainsi qu'on peut en juger par d'assez nombreuses observations qui ont permis d'établir la technique opératoire d'une manière assez précise, dans différentes interventions portant sur cet organe.

Plaies du cœur : trois formes s'observent. Le cœur et le péricarde sont lésés simultanément ; le cœur est seul lésé, ou ce qui est plus fréquent, le péricarde. Les plaies qui intéressent à la fois le cœur et le péricarde sont celles pour lesquelles on est intervenu le plus souvent avec succès. L'opération est unique d'ailleurs, quelle que soit l'éventualité, puisqu'il s'agit de mettre à découvert le cœur pour juger de la gravité du traumatisme dont il a souffert. Les auteurs recommandent dans ce but un procédé qu'ils ont expérimenté avec succès sur le cadavre. Il consiste à établir un volet à charnière externe, le bord libre étant placé un peu en dehors des articulations chondro-sternales. On a ainsi plus de jour, avec possibilité de soulever le lambeau cutané interne, de lier l'artère mammaire interne, si la résection doit être prolongée du côté du sternum.

On rabat le lambeau ostéo-musculo-cutané, en ayant soin de bien décoller la plevre de la paroi thoracique avec la main gauche, coiffée d'une compresse. La plèvre est traversée dans la majorité des cas. Si le poumon est dangereusement atteint, on fait l'hémostase, on ferme l'ouverture pleurale avec des pinces et l'on continue l'opération en refoulant le cul-de-sac pleural, qui devra être nettoyé de ses caillots sanguins, au préalable. Le péricarde sera donc abordé directement. S'il y a une plaie visible, on l'agrandira autant que la brèche thoracique le permettra. Pour faire apparaître la face antérieure des deux ventricules, on fait glisser l'index et le médius de la main gauche sous le cœur. Pendant qu'on explore cet organe, il est nécessaire de le fixer : on y parvient soit avec les doigts, soit en appuyant sa face antérieure contre le rebord supérieur de la plaie. Les plaies par instruments tranchants se ferment par des surjets, comme sur tout autre viscère. On ferme ensuite péricarde et plèvre et on remet le volet en place. On peut drainer à part, si cela est nécessaire, la plèvre et le péricarde, grâce à un refoulement à gauche du cul-de-sac pleural.

Corps étrangers du cœur. — Les plus fréquents sont les aiguilles. On sait l'innocuité relative

des ponctions capillaires dans les cavités cardiaques. Les blessures par introduction d'aiguilles, dans le cœur sont infiniment plus graves, parce que le cœur, dans ses mouvements, vient se blesser à nouveau sur leur pointe, maintenue fixe par leur passage à travers la paroi thoracique. La règle pratique est donc la suivante : extraire sans délai toute aiguille qui a pénétré dans le cœur. Les expériences ont montré que l'extraction est d'autant plus grave qu'elle est tardive. Si le talon de l'aiguille n'est pas saisissable, après avoir réparé autant que possible sa situation par la *radiographie*, il vaut mieux faire un volet, que perdre un temps à la poursuivre à travers une incision. A l'heure actuelle, ces interventions d'urgence sont les seules que l'on puisse pratiquer sur le cœur. Les *affections du péricarde*, hydropéricarde, péricardite, nécessitent parfois des *ponctions*. Celles-ci doivent être faites dans les 4e, 5e ou 6e espaces, en donnant la préférence à la ponction en dedans des vaisseaux mammaires, si le contenu est supposé septique, afin d'éviter l'inoculation de la plèvre. D'ailleurs, dans la péricardite suppurée, il est préférable de pratiquer l'ouverture franche du péricarde, ou *péricardotomie*. L'incision seule à travers un espace intercostal ne suffit pas plus que la ponction. On réséquera un ou plusieurs cartilages costaux pour pouvoir faire l'ouverture large qui a donné jusqu'ici le maximum de guérison.

M. Fontan a lu une intéressante observation de mort subite par embolie cérébrale, cinq mois après une suture du cœur pour une plaie de cet organe. L'autopsie lui permit de constater que la cicatrice cardiaque était solide. Mais le ventricule contenait encore un caillot adhérent à la cicatrice ; le point de départ de l'embolie n'avait pas d'autre siège. Aussi demande-t-il une modification de technique de la suture pouvant mettre à l'abri de cette complication. M. Villar (de Bordeaux) pense, d'après ses expériences sur les animaux, qu'on peut y parvenir en drainant la paroi cardiaque sans faire des points perforants. Il a également fait des tentatives d'excision partielle de la valvule mitrale chez le chien, à l'exemple de Lauder Brunton. M. Delorme a songé à intervenir sur la valvule mitrale pour les cas de rétrécissement. Les résultats de ces tentatives feront l'objet de communications ultérieures. MM Gallet (de Bruxelles) et Vidal (de Périgueux) estiment que la manœuvre dite *massage du cœur* est inutile et dangereuse. La respiration artificielle effectue une sorte de massage indirect du cœur. Le massage n'a jamais pu permettre de rappeler les animaux à la vie dans les expériences de laboratoires. Les plaies cardiaques qui avoisinent l'origine des gros vaisseaux, même traitées par la suture, seraient plus graves, si l'on s'en rapporte à un cas de M. Mauclaire, suivi de mort rapide, après suture d'une plaie de l'ictère pulmonaire.

Deux faits sont à noter : après la mort apparente par le chloroforme, on a pu rappeler des chiens à la vie par une ponction de l'oreillette droite (Vidal). D'autre part, M. Bégouin (de Bordeaux) a pu sauver des animaux sur le point de succomber aux accidents qui suivent l'entrée de l'air dans les veines, en leur faisant une ponction inspiratrice du ventricule droit.

A. Benoit.

Diagnostic et traitement des rétrécissements de l'œsophage de nature maligne, par Charters J. Symonds (*The J. of Laryng. rhin. and otol.*, septembre 1902). — Le diagnostic indiqué par l'auteur se résume dans les points suivants, Parmi les symptômes précoces on peut mentionner la dyspepsie, les nausées, l'anorexie ; il n'existe de la douleur que si la portion moyenne de l'œsophage est affectée. C'est le passage de la bougie qui seul donnera des indications précises sur les cas. Une affection extra-œsophagienne donnera rarement lieu à une dysphagie sérieuse. L'obstruction spasmodique, en dehors de la forme hystérique, reconnaît toujours une cause organique : lorsqu'elle est très marquée, elle donne lieu à une dysphagie intermittente.

En ce qui concerne le siège de la lésion. Symonds déclare que tous les rétrécissements organiques siégeant dans le tiers supérieur sont de nature maligne, que le sarcome ou un myome, lésions rares, peuvent donner lieu à des obstructions. L'existence d'une dilatation peut être ici parfois une cause de difficulté du diagnostic. Dans l'extrémité inférieure on ne rencontre que le rétrécissement simple et ici, le diagnostic peut être rendu très difficile avec le cancer de l'estomac qui amène une grande réduction de la cavité.

Au point de vue du traitement, Symonds croit qu'on ne peut apporter du soulagement au malade que par des moyens mécaniques ; deux méthodes peuvent être employées ; l'une consiste à vaincre le rétrécissement en pratiquant le cathétérisme et la seconde à ouvrir l'estomac au dessous de l'obstruction, c'est-à-dire à pratiquer la gastrostomie.

Comme marche générale du traitement, Symonds émet les propositions suivantes comme applicables à tous les cas. Tant que le patient peut avaler les liquides et les aliments demi-solides et tant qu'on peut passer une bougie et que le malade peut se nourrir, on ne devra pas intervenir aussi longtemps que le malade se nou-

rit bien et qu'on peut passer une bougie n° 12.

Si la dysphagie s'accroît, même si la bougie peut passer, il faut employer la sonde ou pratiquer la gastrostomie. Le cas arrive souvent dans les formes végétantes molles. Si on ne peut passer une bougie ou si on ne le fait qu'avec difficulté, on se comportera de la même manière, car l'obstruction complète peut arriver à un moment donné. Le traitement mécanique doit être employé dès que le malade ne peut plus avaler ou que la bougie ne passe plus.

En résumé, dans les obstructions qui siègent au niveau du cricoïde, un long tube de caoutchouc donne d'excellents résultats; si le tube n'est pas supporté, il vaut mieux pratiquer la gastrostomie de bonne heure.

Dans ces lésions de la partie moyenne de l'œsophage, un tube court peut rendre des services dans beaucoup de cas et son emploi est souvent supérieur à d'autres méthodes ; on doit le remplacer par une longue sonde lorsque des symptômes pulmonaires surviennent.

Dans les maladies du cardia, le cathétérisme donne des résultats si incertains qu'on doit faire la gastrostomie si la dysphagie devient sérieuse.

L. Jumon.

Pharyngotomie pour extraction des tumeurs du méso-pharynx (*Gazette Médicale russe*, n°. 36, 1902). — Le Pr Orloff estime que dans l'extraction des tumeurs bénignes du meso-pharynx, la pharyngotomie doit répondre aux trois conditions suivantes :

1° Permettre un accès facile à la région du méso-pharynx et à l'entrée du larynx.

2° Laisser intactes autant que possible les branches du nerf facial.

3° Rendre les cicatrices du visage le moins visibles possible.

Pour l'extraction des tumeurs malignes, il faut ajouter à ces trois conditions une quatrième, à savoir : libre accès aux ganglions lymphatiques le plus souvent atteints et à la reformation et mise à nu suffisante du champ opératoire, aussi bien pour l'extraction de la tumeur élle-même que pour l'hémostase rapide et sûre dans le but d'éviter la pénétration du sang dans le larynx, surtout pendant la narcose.

Après avoir passé en revue les procédés préconisés par différents auteurs, Orloff arrive à la conclusion que pour les tumeurs bénignes, n'entraînant pas l'infection des ganglions, l'opération de Trendelenburg constitue le meilleur procédé.

Pour les tumeurs malignes, Orloff préfère le procédé de Kronlein auquel il a apporté la légère modification suivante : l'extrémité antérieure part du milieu de la lèvre inférieure, au lieu de partir d'un coin de la
le fait Kronlein). Cette modificatio.
d'éviter une blessure des branches .
du nerf facial et les conséquences qu.
blessure peut entraîner.

La trachéotomie préalable et la narcos.
travers une canule-tampon, ne peuvent, d'apre.
Orloff, devenir nécessaires que dans les cas où la tumeur du pharynx elle-même provoque des difficultés de la respiration, surtout pendant la narcose.

En outre, en se basant sur son expérience personnelle ainsi que sur des observations publiées par d'autres auteurs, Orloff estime que dans les cas de larges infections du méso-pharynx par le sarcome, la ligature préalable de la carotide externe et — dans les cas particulièrement graves, — de la carotide interne est indiquée. Lorsqu'on se trouve en présence soit d'une tumeur maligne, soit d'une tumeur bénigne, mais volumineuse (surtout vasculaire), il est indispensable de scier le maxillaire inférieur.

Quant à la résection définitive du maxillaire, elle est indiquée dans les cas où l'os est atteint d'un néoplasme.

L'auteur rapporte 12 cas où la maladie datait de longtemps; les résultats ont été mauvais.

J. Roubleff.

Anus artificiel et entéro-anastomose dans le traitement de l'occlusion intestinale, par le Dr Monprofit (d'Angers) (*Congrès français de Chirurgie*, octobre 1902). — Dans un cas d'occlusion intestinale aiguë, M. Montprofit a pratiqué d'abord, faute de mieux, une fistule stercorale sous-ombilicale, qui a mis fin aux accidents aigus d'occlusion et a sauvé le malade; puis ultérieurement, pour rétablir le cours normal des matières, il a pratiqué une anastomose de l'intestin grêle, au-dessus de l'obstacle, avec le colon ascendant, et a supprimé l'anus artificiel devenu sans utilité. Dans le cas particulier, l'obstacle direct au passage des matières était constitué par des adhérences intestinales très étendues, et ne pouvait être levé. M. Montprofit recommande donc, en pareil cas, la création d'une fistule stercorale, opération facile à faire rapidement, et qui fera courir moins de risques au malade qu'une recherche longue et difficile d'un obstacle parfois impossible à trouver ou à lever. Plus tard on fera disparaître la fistule stercorale, si elle ne s'oblitère pas d'elle-même, par une anastomose intestino-intestinale placée en un endroit convenable, selon le siège de l'obstacle.

R. Blondel.

Résultats fonctionnels des différents procédés de gastro-entérostomie par M. Monprofit (d'Angers), (*Congrès français de chirurgie*, 22 octobre 1902). — Sur cent un cas de gastro-entérostomie, M. Monprofit a pratiqué :

Quinze gastro-entérostomies antérieures par le procédé de Woelfler ; *Soixante-treize* gastro-entérostomies postérieures par le procédé de Von Hacker ; *Treize* gastro-entérostomies par le procédé en Y de Roux (de Lausanne).

Les gastro-*entérostomies antérieures* ont été faites au début de la série ou lorsque les conditions anatomiques des tumeurs ne permettaient en aucune façon de recourir à un procédé postérieur. Le fonctionnement a été beaucoup plus défectueux que dans les deux autres procédés.

Le fonctionnement des anastomoses gastro-jéjunales, faites soit par le procédé de Von Hacker soit par celui en Y de Roux, a été sensiblement comparable, bien que celui de Roux se montre plus constamment parfait et irréprochable.

Comme la difficulté et la durée de l'opération de Roux sont un peu plus grandes chez les malades cancéreux très affaiblis, on emploie de préférence le procédé de Von Hacker ; au contraire, dans les affections bénignes de l'estomac, M. Monprofit emploie plus volontiers le procédé de Roux.

La durée de l'opération par le procédé de Roux a été en moyenne de 50 à 60 minutes.

La durée de l'exécution du procédé de Von Hacker n'a jamais dépassé une demi-heure : elle a pu, dans un certain nombre de cas et dans les circonstances les plus favorables, être abaissée jusqu'à 20 minutes.

La suture au fil de lin a été employée à l'exclusion de tout autre mode de réunion. Les boutons n'ont jamais été utilisés.

R. Blondel.

Opération d'Ogston pour pied plat valgus douloureux invétéré. — Confection d'une bottine plâtrée avec semelle en staffe. — Utilité du traitement secondaire mécanothérapique et du dressage méthodique à la marche, par M. Louis Mencière (de Reims), (*Congrès de chirurgie*), 25 octob. 1902. — Maladie de quinze ans, présentation des pieds moulés et des photographies avant et après opération.

L'auteur n'admet pas l'astragalectomie proposée, pour ce cas, par quelques-uns, dans ces dernières années, L'opération d'Ogston, mais pratiquée largement, et sans chevilles d'ivoire, sera toujours la méthode de choix pour les chirurgiens qui se sont consacrés à la pratique exclusive de l'orthopédie chirurgicale. Cette intervention est simple, rapide, efficace, ains qu'en fait foi la présente communication.

On doit prendre grand soin, après l'opération, de pratiquer le moulage de la voûte plantaire et de la maintenir dans une position exagérée par une semelle en staffe incorporée dans l'appareil platré.

Plus tard, il faudra mobiliser avec les moyens précis fournis par la mécanothérapie.

Les malades atteints de pieds plats, ainsi que tous ceux qui présentent des difformités des membres inférieurs, sont des boiteux.

La réparation anatomique obtenue, il faut songer à la fonction, ce que l'on oublie généralement.

Pour l'auteur, l'exercice musculaire est plutôt un exercice cérébral : il y a entre les mouvements musculaires et les centres nerveux des rapports intimes. La marche normale devra être rétablie par un dressage méthodique fixant l'attention du malade et lui faisant retrouver progressivement l'aptitude cérébrale et la force musculaire, qui sont les deux facteurs indispensables d'une marche correcte.

L'auteur décrit sa méthode assez longuement et l'intitule : « La marche à la baguette et au commandement ». Celle-ci peut être exécutée avec ou sans obstacles.

Le dressage méthodique à la marche est indépendant du traitement mécanothérapique ; chacun de ces traitements a son utilité propre.

R. Blondel.

Sur le mode de préparation d'un catgut souple, solide, bien résorbable et ne donnant jamais d'élimination (*Congrès de chirurgie*, par M. Lucas Championnière). — La ligature résorbable paraît encore à beaucoup de chirurgiens difficile à réaliser. L'auteur croit au contraire qu'aucune acquisition chirurgicale n'est plus parfaite, plus irréprochable. Il avoue ne pas bien voir en quoi on pourrait perfectionner la ligature de catgut telle qu'il l'emploie. Il la prépare et l'utilise fidèlement suivant la méthode originale de Lister à laquelle il n'a ajouté qu'une petite manœuvre facile à réaliser. Le fil est souple, solide, de conservation indéfinie. Jamais il n'y a eu de suppuration secondaire qui lui soit due, jamais une élimination : et la solidité des réunions profondes paraît absolument assurée par lui.

Le procédé primitif de préparation de Lister consistait dans l'immersion assez prolongée dans une huile phéniquée au cinquième, additionnée d'une petite quantité d'eau. Après quelques mois de préparation, le fil était utilisé en le sortant de l'huile et en le plongeant dans l'eau phéniquée forte. L'auteur a ajouté à cette

préparation l'immersion, au sortir de l'huile phéniquée, dans un bain *d'essence de térébenthine.*

La térébenthine, antiseptique puissant, assure l'asepsie de ce fil. Elle enlève l'huile qui le graisse. Elle est très commode pour le transporter, car il est indifférent que le fil y séjourne une heure ou huit jours et on le garde souvent plusieurs jours dans l'essence. En le sortant de l'essence de térébenthine, on le place au cours de l'opération dans un bain d'eau phéniquée au vingtième, comme le faisait Lister. Ce fil est si parfaitement résorbable qu'il est bien inutile d'en varier le numéro. L'auteur n'emploie qu'un gros fil, sauf les nécessités rares de sutures très fines.

Il emploie, pour les sutures perdues, des fils très nombreux accumulés les uns au-dessus des autres. Il a souvent tamponné des masses importantes dans la cavité cranienne. Ce fil ne *s'élimine jamais*; il se fond en quelque sorte avec les tissus au milieu desquels il contribue à la réparation.

Selon M. Championnière, toutes les complications proposées pour stériliser autrement le catgut sont *parfaitement inutiles.* Si d'autres chirurgiens n'obtiennent pas ces résultats, c'est d'une part parce que leur procédé de stérilisation du fil, si compliqué qu'il soit, est très inférieur à celui-ci.

C'est aussi parce qu'infidèles à la méthode de Lister, ils n'emploient pas les fils dans les conditions dans lesquelles ils devraient être employés. On conçoit qu'il est bien inutile, pour affirmer la valeur de ce fil, de faire des expériences de contrôle *in vitro*. Les conditions d'imprégnations antiseptiques dans lesquelles on les emploie rendraient négatives toutes ces expériences. Enfin l'expérience de contrôle, la meilleure, est l'expérience chirurgicale.

Aucun chirurgien n'emploie le catgut d'une façon plus complète, en masses plus considérables que l'auteur. Il a placé et laissé le catgut dans toutes les régions, dans tous les tissus et dans les conditions en apparence les plus mauvaises. Il n'a jamais vu aucune élimination de son fait. Jamais on ne le voit sortir d'une plaie neuve, quelque mauvaises que soient les conditions dans lesquelles il y a été enfoui. La résistance à la résorption est juste suffisante pour assurer la solidité et la sécurité. Il est inutile de chercher à aller au-delà.

La solution du problème de la ligature résorbable est acquise depuis longtemps. Mais elle n'est juste que pour les chirurgiens fidèles à la méthode antiseptique. L'abandon des précautions antiseptiques a compromis cette merveilleuse conquête de la chirurgie moderne.

R. Blondel.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine

Traitement des bronchites aiguës, par Hirtz (*Revue Internationale de Médecine et de Chirurgie*, 10 septembre 1902). — Dans les cas bénins, c'est-à-dire dans la trachéo-bronchite primitive « a frigore » le repos au lit, dans une chambre où sera maintenue une température constante de 18 à 20°, les tisanes balsamiques ou les grogs chauds constitueront la partie essentielle du traitement. On calmera la toux quinteuse de la nuit au moyen d'une cuillerée à soupe de sirop diacode ou d'une pilule de 1 à 2 centigrammes d'extrait thébaïque.

On pourra donner dans le courant de la journée deux ou trois pilules ainsi composées :

Extrait de jusquiame.. } ãã 0 gr. 02
Extrait de datura..... }
pour une pilule.

Ou bien :

Extrait thébaïque..... } ãã 0 gr. 005
Extrait de datura..... }
pour une pilule. 4 ou 5 dans la journée.

Ou encore :

Sirop de codéine..... 125 grammes
Eau de laurier-cerise.. 10 —

1 cuillerée à café toutes les deux heures dans la journée; 1 ou 2 cuillerées à soupe pendant la nuit.

On pourra enfin appliquer des cataplasmes sinapisés renouvelés matin et soir.

Lorsque l'expectoration prend l'aspect de crachats épais, roulés en pelotons, on peut donner les balsamiques, tels que le sirop de tolu :

Sirop de tolu.... }
— diacode... } ãã 100 grammes
— de punch. }
Extrait de datura. 0 gr. 50

La terpine se donne à la dose de 0 gr. 30, en cachet, répétée une ou deux fois par jour.

A la période subaiguë et chez les malades ayant les bronches sensibles, notamment chez les arthritiques, on peut faire prendre le matin à jeun dans une boisson chaude, telle que du thé léger, une dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 de soufre précipité et lavé.

Dans la bronchite intéressant les bronches intra-pulmonaires (forme moyenne) caractérisée par l'apparition de la mousse bronchique ou de crachats spumeux, on calme la toux par les opiacés, et s'il existe un certain degré de congestion péribronchique, on aura recours aux

agents que Renaut (de Lyon) recommande à titre de médicaments vaso-constricteurs :

Looch blanc.....	125 grammes
Poudre d'ipéca.....	0 gr. 30
Ergotine Bonjean	2 grammes
Fine champagne.....	40 —

1 cuillerée à dessert ou à soupe toutes les heures.

Le kermès (0,10-0,15) est utile dans les cas où l'expectoration est difficile, mais ce médicament doit être réservé aux adultes vigoureux, en raison de son action déprimante.

L'ipéca à dose fractionnée, en vomitif. est un bon moyen de désobstruer les bronches, chez l'adulte et chez l'enfant (chez ce dernier sous forme de sirop d'ipéca ou de sirop de Desessarts). On s'en abstiendra chez le vieillard et chez les cardiaques.

A la période de coction, caractérisée par une expectoration muco-purulente, on prescrira le benzoate de soude à la dose de 6 grammes dans 120 grammes de sirop de tolu. A cette période, l'infusion de feuilles de ronces est utile comme tisane (2 à 3 tasses par jour).

A la période subaiguë, on luttera contre la tendance à la chronicité par l'usage des médicaments sulfureux, soit du soufre précipité, soit des eaux sulfureuses telles que les Eaux-Bonnes, les eaux de Bagnères de Bigorre, de la Raillère et de Challes.

La bronchite capillaire est surtout justiciable des bains chauds à 38°, administrés toutes les trois heures. Au sortir du bain on fera absorber un cordial (sirop de punch, grog chaud, vin d'Espagne). Les bains sinapisés remplaceront les bains simples, si ceux-ci ne sont pas assez actifs.

Dans l'intervalle révulsion sur le thorax par la compresse échauffante.

Il faut s'abstenir des opiacés dans cette forme et se borner à prescrire matin et soir un peu de bromhydrate de quinine.

Si le cœur faiblit la médication cardiaque devient indiquée : digitale (0.15-0.20 gr. en macération), strophantine :

Strophantine de Merck.	0 gr. 002
Eau distillée....	200 grammes

3 cuillerées à soupe par jour, soit pure, soit dans un grog chaud ;

Ou mieux encore les granules d'arséniate de strychnine ou les injections sous-cutanées de sulfate de strychnine.

Chez le vieillard, ventouses, cataplasmes sinapisés, injections de strychnine, d'huile camphrée, de caféine, grogs chauds, champagne.

Les bronchites infectieuses méritent quelques considérations spéciales :

Dans la bronchite grippale on donnera la quinine (0,25-0,50), la caféine à petites doses, on instituera le régime lacté. On soutiendra les forces au moyen de l'alcool.

Les bains froids doivent être continués dans la fièvre typhoïde.

Les bains chauds sont au contraire préférables dans les bronchites de la rougeole, de la coqueluche. — Dans ces dernieres on peut administrer avec avantage l'élixir parégorique 6-10 gouttes chez un enfant de 2 ans, 20-30 gouttes de 5 à 6 ans, par doses fractionnées. Chez l'adulte 20 gouttes à la fois, répétées 4 à 6 fois dans les 24 heures.

Chez les albuminuriques, régime lacté, ventouses sèches.

Chez les cardiaques, digitale, scille, ventouses.

Chez les emphysémateux, kermès.

Chez les arthritiques le colchique est utile :

Sulfate de quinine...	1 gr. 50
Extrait de colchique.	0 gr. 50
Extrait de datura...	0,10-0,20 grammes

Pour 10 pilules, 1 ou 2 par jour.

A la période subaiguë, eau d'Ems ou Eaux-Bonnes, à la dose de 2 verres à Bordeaux dans du lait bouillant, eau de la Bourboule, de Challes à la dose de 2 à 3 verres à Bordeaux.

G. Lyon..

Traitement de l'endocardite infectieuse simple par Huchard (*Journal des Praticiens* n° 41 p. 841. 1902). — Le seul traitement prophylactique consiste dans l'emploi précoce du salicylate de soude, c'est-à-dire, dès le début du rhumatisme.

Les médications anciennes sont inutiles ou nuisibles; de ce nombre sont les alcalins, le tartre stibié, les mercuriaux, les émissions sanguines générales, les vésicatoires, etc...

Quand l'endocardite est constituée, elle peut encore guérir spontanément, comme on peut en observer quelques exemples chez les enfants. On peut aider à la résorption des exsudats inflammatoires par l'iodure de potassium à doses modérées (0 gr. 30 — 1 gr. par jour) et par les eaux minérales : Aix-les-Bains, Néris, Chateauneuf, Royat, St-Alban, St-Nectaire, Salins-Moutiers, Bourbon-Lancy. Il va sans dire que le repos, qu'une hygiène alimentaire convenable contribueront à la guérison.

Au cours de l'endocardite l'éréthisme cardiaque sera combattu par la digitale à dose sédative; c'est-à-dire par de petites quantités à la fois et pendant plusieurs jours ; par exemple dix gouttes de la solution de digitaline cristallisée au millième, tous les jours pendant quatre ou cinq jours, et de 3 à 5 gouttes par jour,

suivant l'âge, chez les enfants et les jeunes sujets.

On peut prescrire aussi l'association de la digitale et du bromhydrate de quinine (2 à 3 pilules par jour pendant 3 ou 4 jours, de 5 centigr. de poudre de digitale et de 15 centigr. de bromhydrate de quinine). Les autres médicaments cardiaques sont d'ordinaire insuffisants.

La saignée faite opportunément peut rendre indirectement au myocarde sa force contractile, un moment défaillante.

G. Lyon.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

Dr Morel-Lavallée
Médecin des hôpitaux

Traitement de la syphilis par les injections (*Soc. de méd. de Bordeaux*, 31 octobre 1902). — M. Lagrange rappelle les bons résultats qu'il a obtenus avec les injections d'huile biiodurée à 1 centigramme ou 1 centigramme et demi; M. Loumeau, l'action rapide du benzoate de mercure, mais à une dose supérieure à 1 centigramme, dose employée.

M. Frèche dit que la dose à employer varie avec la nature de la lésion, et que la soi-disant efficacité plus grande des sels insolubles, du calomel par exemple, doit tenir à ce que ces sels sont injectés à des doses plus fortes que les sels solubles. Il rapporte un cas de kératodermie rebelle à des traitements intensifs par voie gastrique et guéri en l'espace de huit jours par l'emploi d'un sel soluble, le benzoate de mercure, mais à la dose de 10 centigrammes en trois jours.

M. Hassler pense qu'on oublie trop volontiers les frictions mercurielles; c'est aussi l'avis de M. Martin, qui les croit supérieures aux injections de sels solubles, tels que le bichlorure et surtout le biiodure.

M. Fromaget pense que les injections doivent être réservées aux cas graves, le traitement par la voie buccale étant le plus souvent suffisant dans les iritis plastiques.

M. Dubreuilh est d'avis qu'on doit limiter l'emploi des injections aux cas rebelles de glossite ou de kératodermie. Les résultats seront plus rapides; mais avant de les employer, surtout s'il s'agit de calomel, il faudra tenir compte de la susceptibilité du malade à l'égard du mercure.

M. Pitres pense également que la voie gastrique doit être employée dans les cas ordinaires. Pour les cas graves ou rebelles, cette thérapeutique est insuffisante. Les injections de sels insolubles doivent être employées à une dose plus élevée que celle qui est prescrite couramment. Il rapporte, à ce propos, l'histoire d'une malade qui, par inadvertance, reçut en cinq jours 50 centigrammes de calomel et qui ne présenta que des troubles d'intolérance peu graves et passagers. La malade, tabétique, n'a du reste pas été améliorée de son tabes.

A la séance du 7 novembre, M. Cassaët insiste sur l'importance qu'il y a à s'assurer de la stérilisation des préparations de calomel, précaution inévitable si l'on veut éviter les abcès. Il rapporte un cas d'amélioration d'un mal perforant chez un tabétique avec des injections de calomel.

M. Frèche s'assure de la stérilisation des préparations de calomel, mais cependant il est à remarquer que ces abcès sont aseptiques. M. Frèche les a toujours vus se produire, malgré les précautions aseptiques, chez une malade qui supparait dans une autre région. La malade était atteinte d'un lupus à la joue.

E. Vogt.

Le traitement de la syphilis par le cacodylate iodo-mercurique (*Giornale internazionale di scienze mediche*, anno 24, n° 14). — Ditommasi a utilisé chez 21 syphilitiques qui avaient des lésions secondaires et tertiaires, les injections de cacodylate iodo-mercurique qu'il formule de la façon suivante :

Biiodure de mercure.....	0 gr. 04
Iodure de sodium.....	0 gr. 04
Cacodylate de soude.....	0 gr. 30
Eau stérilisée.....	10 gr.

Une seringue de Pravaz tous les jours.

Dans tous les cas le traitement a fait disparaître rapidement les lésions cutanées et les manifestations générales; les forces et l'appétit des malades sont augmentés. Les injections de cacodylate iodo-mercurique, faites profondément dans l'épaisseur des muscles fessiers, sont beaucoup moins douloureuses que les injections de calomel et de sublimé : elles n'ont jamais produit le moindre accident. Le traitement donne de bons effets grâce à l'introduction simultanée dans l'organisme des trois médicaments : mercure, arsenic, iode.

A. L. Percival.

Du traitement du psoriasis, par Valcke (*La Belgique médicale*, 30 octobre 1902). — L'auteur fait administrer au psoriasique, au moyen d'un

appareil pour bains de vapeur à domicile et sudation réglable de son invention, trois bains de vapeur par semaine, d'une durée chacun de 50 minutes. Après chaque bain l'assistant pratique sur tout le corps une énergique lotion en se servant d'eau très froide, de savon mou et d'un essuie-mains sec, puis il applique sur toutes les plaques une mince couche de la pommade suivante :

R. : Glycérolé d'amidon	250 grammes.
Huile de cade	50 —
Savon pour émulsion.	ãã 5 grammes
Ac. salicylique	

Le médecin varie les proportions de cette pommade d'après la susceptibilité cutanée du sujet. Cette application se renouvelle matin et soir.

Pendant tout le temps du traitement le malade revêt la même chemise de flanelle et le même caleçon pour continuer ainsi sur la peau l'action de l'huile de cade qui imbibe ces tissus.

Evolution de la maladie sous l'influence de ce traitement. — Dès le 3e bain la peau est complètement décapée, mais les squames ont encore une tendance à revenir sous une forme plus furfuracée.

A partir du 6e bain l'infiltration de la couche papillaire et du derme au niveau des plaques psoriasiques se résorbe.

Après le 16e bain toute trace de maladie a disparu et il ne persiste plus qu'une légère pigmentation.

Après le 20e bain l'on distingue à peine la peau autrefois malade de la peau saine avoisinante.

Si une récidive survenait, il suffirait de quelques jours de traitement par le procédé de l'auteur pour arrêter la marche de la maladie et la guérir.

Le psoriasis proviendrait d'un fonctionnement vicieux des glandes sudoripares et voici pour quels motifs :

1° Le psoriasis est rare aux endroits de la peau où l'appareil sudoral est très développé et fonctionne activement : les aisselles, les aines, le creux poplité, la plante des pieds, etc.

2° Le psoriasis a une tendance à s'atténuer et même à disparaître pendant les temps chauds pour revenir quelquefois avec une intensité plus grande pendant la saison froide.

3° Au niveau des plaques psoriasiques on constate une sécheresse absolue alors que la peau avoisinante transpire abondamment.

4° Dans l'évolution de la maladie sous l'influence du traitement les segments cutanés couverts d'habillements, quelquefois les plus contaminés, comme par exemple le dos, guérissent plus rapidement une fois que le bain de vapeur a ramené le fonctionnement des glandes sudoripares, que les autres endroits à découvert et où le fonctionnement de ces glandes était moins régulier.

Ce bain de vapeur ramène forcément le fonctionnement des glandes sudoripares, provoque une forte congestion de la peau, favorise et active ainsi la résorption des infiltrats cutanés et la bonne réaction qui succède à la lotion froide travaille dans le même sens.

Le glycérolé d'amidon remplace sur la peau le vernis graisseux qui a été enlevé par le bain de vapeur et la lotion consécutive et l'empêche ainsi de se dessécher outre mesure et de se fendiller.

L'huile de cade, occasionnant une légère excitation continue à la surface de la peau, provoque un fonctionnement régulier des glandes sudoripares.

E. Vogt.

Naftalan dans le traitement de l'eczéma (*Wratch Pratique*, nos 29, 30 et 31, 1902). — Averbach a expérimenté dans un certain nombre de cas d'eczéma le naftalan, un dérivé du naphte, préconisé depuis quelques années par Rosenbaum dans les affections cutanées.

Il s'est servi de naftalan sous forme d'une pommade dont voici la composition.

Naftalan	20 grammes
Oxyde de blanc zinc.	ãã 10 grammes
Amidon pur	
Menthol	0 gr. 50 à 1 gr.

Le menthol devait servir pour rendre plus énergique l'action calmante du naftalan sur le prurit.

Avec cette pommade il a fait des frictions deux ou trois fois par jour en étendant sur la peau une couche épaisse aussi uniforme que possible, en général sans appliquer aucun pansement.

Il a constaté que les meilleurs résultats sont obtenus dans les éruptions médicamenteuses, dans le catarrhe chronique aigu ou subaigu à la période humide.

Pourtant, pour faciliter la résorption définitive des infiltrations de l'eczéma chronique, il est nécessaire de joindre au naftalan les préparations de goudron ou autres.

Au contraire, dans les formes chroniques sèches de l'eczéma à la période de desquamation et d'infiltration, ainsi que dans l'eczéma séborrhéique (Unna), l'action du naftalan est généralement peu efficace, sauf quelques exceptions. Grâce à la propriété fort précieuse du naftalan de ne pas exagérer les phénomènes

inflammatoires, on peut l'employer de très bonne heure, même à la période la plus aiguë.

Quant à l'action du naftalan, elle consiste à calmer la peau irritée, à diminuer considérablement la douleur et le prurit, et enfin à dessécher les points traités.

Pas un malade de l'auteur ne s'est plaint après l'application de la pommade au naftalan, de cuisson, de douleur ou de picotement. Jamais non plus on n'a constaté aucune complication. Sous l'influence du naftalan, on observe une remarquable tendance à la cicatrisation des affections eczémateuses chroniques aiguës ou subaiguës.

Il faut ajouter encore que le naftalan n'a pas d'odeur désagréable et que les taches qu'il laisse sur le linge s'enlèvent facilement.

Averbach termine son travail en disant qu'il faut voir dans le naftalan une acquisition thérapeutique des plus importantes.

J. Roubleff.

Maladies des Voies urinaires

Dr Chevalier,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

La hernie inguinale de la vessie par M. Lucas-Championnière. (*Congrès de Chirurgie*). — M. L. Championnière a opéré en juin dernier un nouveau cas de hernie de la vessie chez un homme de 53 ans. Hernie inguinale gauche, ancienne, irréductible et constituée par une masse tellement dure qu'on pouvait douter si c'était une hernie.

Cure radicale par la méthode de l'auteur : ouverture large d'un sac en haut et résection d'une portion importante d'épiploon.

En dessous et en dehors du sac, masse irréductible et dure, perdue dans la graisse jaunâtre; la vessie est déchirée, écoulement d'urine. On en résèque un morceau considérable (étendue de la paume de la main environ).

Suture de la vessie en trois plans et réduction. Réparation de la paroi et drainage.

Le sujet est sondé le lendemain une fois seulement parce qu'il n'a pu uriner. Puis on le laisse uriner spontanément.

Il guérit sans incident, et revu au bout de quatre mois, il est parfaitement solide et n'a présenté aucun accident. Il n'avait eu antérieurement aucun trouble vésical, sauf une rétention d'urine pour laquelle il avait été sondé une seule fois.

L'auteur a signalé un des premiers (1888) la cystocèle inguinale, l'ayant rencontrée au cours de cure radicale de hernie inguinale. Trois fois il a ouvert la vessie. Trois autres fois il a constaté avec la sonde la présence de la vessie herniée à côté du sac péritonéal et l'a réduite sans incident. Il est sûr de l'avoir rencontrée d'autres fois, mais sans employer de sonde et par conséquent sans vérification précise.

Sur 900 hernies inguinales, l'auteur a donc rencontré certainement six fois la vessie et probablement deux ou trois autres fois sans vérifier. Cela donne une indication générale de la fréquence de cette difformité. Il n'a vu que la vessie herniée à côté du sac séreux et non dans le sac, difformité infiniment plus rare. Il n'a observé aucun symptôme urinaire chez les porteurs; les hernies étaient pâteuses, irréductibles, douloureuses.

Quoique les auteurs assignent une mortalité élevée à ces cas, il n'est survenu aucun accident.

Les opérés sont restés bien guéris. Les cas observés font admettre que ces cystocèles sont dues à une déformation originelle du canal inguinal et de la vessie. Quoique tardives, ce sont des hernies congénitales. Celles accompagnées de symptômes urinaires sont bien rares.

Au cours des opérations on reconnaît la vessie à la masse graisseuse dure et jaunâtre qui enveloppe la saillie vésicale. Cette notion sur laquelle l'auteur a appelé surtout l'attention, permet de reconnaître la vessie et de l'éviter en certains cas.

La réparation de la vessie doit être faite comme pour la taille de la vessie, sans ou avec réunion immédiate (*Cure radicale des Hernies*, 1892, page 260). La constitution de trois plans superposés et réunis par du catgut a toujours donné les meilleurs résultats. La sonde à demeure après l'opération est *inutile et dangereuse*. L'auteur ne fait même pas de cathétérisme et laisse le sujet uriner à son gré s'il n'y a pas rétention.

Le seul cas dans lequel on a observé un peu d'écoulement d'urine par la plaie pendant trois ou quatre jours (sans accidents du reste) fut un cas dans lequel le sujet avait été sondé et la vessie avait été lavée. On draine la plaie de façon à parer à tout événement.

R. Blondel.

Méthode rationnelle de castration dans les cas de tumeurs malignes du testicule, par M. Villar (de Bordeaux). (*Congrès de Chirurgie*, 25 octobre 1902). — Lorsqu'on consulte les auteurs au chapitre castration, on est surpris de constater combien cette opération est conçue d'une façon parcimonieuse, même dans les cas de tumeurs malignes du testicule. Appliquant

au traitement chirurgical du cancer du testicule, la loi générale qui régit la chirurgie du cancer, M. Villar pratique la castration depuis quelques années déjà, par une méthode que l'on pourrait appeler rationnelle et qui doit, mieux que toute autre, permettre de reculer les limites de la récidive. Cette méthode consiste à sectionner les éléments du cordon dans le ventre, après avoir fendu la paroi antérieure du canal inguinal et coupé la couche musculaire de la paroi abdominale. Cette incision permet aussi d'extirper les ganglions engorgés.

Voici la technique opératoire à laquelle l'auteur s'est arrêté. L'incision cutanée commence dans la région funiculaire au-dessous de l'orifice externe du canal inguinal, se porte en haut au-dessus et près de l'arcade crurale qu'elle longe, remonte jusqu'au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure pour se recourber ensuite perpendiculairement à l'arcade et s'arrêter à 0,03 environ en dehors de l'ombilic. On ne ferait descendre l'incision sur le scrotum que dans les cas de tumeur volumineuse ou d'adhérence de la peau. On incise la paroi antérieure du canal inguinal et la partie inférieure de la couche musculaire de l'abdomen. Puis on décolle le péritoine et l'on va sectionner les éléments du cordon le plus loin possible : le canal déférent dans le petit bassin et les vaisseaux spermatiques dans la région lombaire. Il ne reste plus qu'à extirper les éléments du cordon et le testicule. En détachant ce cordon, on extirpera les ganglions de la fosse iliaque et ceux du canal inguinal, que l'auteur a rencontrés deux fois sur le vivant. Suture de la paroi musculaire et de la peau.

Cette méthode permet de couper loin la lésion et d'extirper les ganglions. Elle diffère donc des méthodes classiques, qui se contentent de sectionner le cordon au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, ce qui est contraire aux lois générales de la chirurgie du cancer.

R. Blondel.

La ligature des artères iliaques internes et l'hypertrophie de la prostate, par le Dr Satura (*La Medicina cientifica en Espana*, no 40, 1902). — Après un résumé des principales opérations tentées pour guérir l'hypertrophie de la prostate, l'auteur donne les raisons qui ont déterminé Bier à pratiquer la ligature de l'iliaque interne et les résultats obtenus par cet auteur ainsi que des expériences faites sur le chien.

De ces faits, on peut déduire que la ligature des artères iliaques internes fournit anatomiquement les meilleurs résultats, car elle assure une guérison durable en produisant l'atrophie de l'élément glandulaire dans les points où existent peu de fibres conjonctives.

L'opération extrapéritonéale ne présente pas d'importantes difficultés pour un chirurgien habile, à moins que la sclérose accentuée des artères ne fasse craindre une hémorragie post-opératoire.

F. Berini.

Traitement de la lithiase rénale, par A. Robin, (*Bull. gén. de Thérapeutique*, 30 octobre 1902). — Ce traitement comporte trois indications principales :

1° *Traitement de la colique néphrétique.* On fera de suite une injection hypodermique de 1 centigramme de *morphine* ou de 1 milligramme d'*héroïne*, ou de 1 centigramme de *dionine*, que l'on pourra répéter, s'il est nécessaire.

Mais tout malade sujet aux crises néphrétiques doit avoir en sa possession un moyen immédiat de soulager ses souffrances, avant l'arrivée du médecin. L'auteur conseille, en pareil cas, l'emploi de la potion suivante.

Bromure de potassium.	6	grammes
Eau de laurier-cerise..	10	—
Sirop d'éther.....	30	—
Chlorhydrate de morphine.....	0	gr. 05
Hydrolat de valériane.	120	— .

Prendre une cuillerée à soupe de cette potion toutes les demi-heures, jusqu'à disparition des phénomènes douloureux, sans dépasser quatre à cinq cuillerées. Le soulagement ne tardera pas à se faire sentir.

Pour provoquer l'expulsion du calcul, on donne des diurétiques, tels que fleurs de reine-des-près, ou de fèves des marais.

Dès le début de la colique, prendre d'heure en heure une infusion de 2 grammes de *fleurs de reine-des-prés* ou de *fleurs de fèves de marais* dans 150 grammes d'eau.

Les *feuilles de mûrier*, qui sont un diurétique assez puissant, soit 7 gr. 50 en infusion dans 500 grammes d'eau chaude à prendre en l'espace de 3 ou 4 heures.

Cette médication augmente quelquefois les douleurs en activant l'expulsion des calculs, mais elle réalise alors le traitement de la cause provocatrice de la colique.

2° *Traitement de la lithiase rénale.* — Pendant une huitaine environ, régime lacté suivi d'un traitement thermal. On peut diviser les stations en cinq groupes :

1er groupe : Vittel, Contrexéville, Martigny ; 2e groupe : Capvern ; 3e groupe : Evian, Thonon, Amphion ; 4e groupe ; Wildungen ; 5e groupe : Vichy.

L'auteur, en principe, repousse *Vichy*, sauf indications spéciales. En effet, les calculs sont formés d'acide urique ou d'urates ainsi que d'oxalate de chaux. L'eau de Vichy, prise en quantité, — c'est la source des Célestins qui est le plus souvent employée, — rend l'urine alcaline. Il y a alors précipitation des phosphates de l'urine sur les calculs déjà existants ; ceux-ci augmentent de volume.

Il se forme à leur surface une couche de phosphate de chaux, quelquefois même de phosphaste ammoniaco-magnésien, et souvent, les calculs éliminés à Vichy présentent, à leur périphérie, une couche molle, blanchâtre, constituée par des phosphates, tandis que le centre a un aspect brunâtre.

Si les reins sont irritables, s'il y a de petites hématuries, on n'enverra les malades ni à *Contrexéville*, ni à *Martigny* ; on choisira une eau indifférente comme *Evian*, *Amphion*, quelquefois *Vittel*.

De même, s'il existe du catarrhe rénal, des indices de pyélite, on abandonne *Martigny*, *Contrexéville*, *Capvern*, pour *Vittel*, *Evian*, *Wildungen*.

S'il n'y a que des traces légères d'albumine, l'eau de *Martigny* ou de *Contrexéville* n'est pas contre-indiquée.

Pendant la cure par les eaux indifférentes à domicile, quatre phénomènes indiquent au médecin si elle est bien supportée :

1° L'eau doit être bien tolérée par l'estomac et ne pas provoquer de malaises gastriques ;

2° Le malade doit uriner, dans les deux heures qui suivent le dernier verre, la plus grande partie de l'eau qu'il a absorbée ;

3° Dès qu'il arrivera à prendre six verres d'eau, bien que l'urine soit aqueuse, il doit se former au fond du verre une grande quantité de dépôts rougeâtres qui sont des cristaux d'acide urique. Le matin, au réveil, cette quantité de sable doit être encore en plus grande abondance que dans la journée ;

4° Pendant le temps qui s'écoule entre le dernier verre et le déjeuner, le malade doit avoir deux ou trois selles diarrhéiques bilieuses, fétides. Mais cette diarrhée ne doit pas se reproduire après le déjeuner.

Si ces quatre conditions se trouvent remplies, on pourra envoyer le malade à la station choisie avec la certitude d'obtenir une amélioration.

Pendant la cure, le malade doit prendre quelques précautions :

1° Il se promènera un quart d'heure entre chaque prise d'eau.

2° Il ne se mettra à table que deux heures après avoir absorbé le dernier verre ;

3° Il ne boira à ses repas que de l'eau minérale. Il ne mangera ni crudités, ni acides.

Ces règles seront rigoureusement suivies par le malade, s'il veut tirer du traitement tout le bénéfice que celui-ci doit comporter.

3° *Traitement de la diathèse.* — Il consiste à prévenir la formation des calculs. Ces conditions seront remplies par : *a*) Le régime ; *b*) L'hygiène ; *c*) Les médicaments.

a) *Le régime.* — Contrairement aux opinions courantes, l'auteur interdit les viandes jeunes, plutôt que les viandes faites : il permet le bouillon frais, les potages maigres, la viande de bœuf et les volailles, rôties, grillées ou bouillies, servies sans sauce, les poissons légers cuits à l'eau, peu d'œufs ; les légumes verts, sauf l'oseille, les tomates et les haricots verts, à condition qu'ils soient cuits à l'eau et additionnés à table d'un peu de sel et de beurre frais. Tous les fruits sont permis.

L'alimentation doit comporter deux tiers de végétaux pour un tiers de viande et d'œufs. On recommandera d'user largement du *jus de citron*. Le citron, bien qu'il soit un fruit acide, renferme du citrate de potasse, qui se brûle dans l'organisme et donne naissance à du carbonate de potasse qui alcalinise l'urine.

Comme boisson, on défendra l'alcool, qui augmente l'acide urique, et le café, qui contient de la caféïne : celle-ci devient dans l'organisme de la monométhyl-xanthine, intermédiaire de l'acide urique : il en est de même du thé, du maté et même du chocolat, car son principe actif, la théobromine, est de la triméthyl-xanthine.

Si l'alcool est interdit aux uricémiques, on peut cependant autoriser quelquefois les vins blancs du Rhin et de la Moselle étendus d'eau. Ces vins renferment des racémates alcalins, qui se brûlent dans l'organisme en formant des carbonates.

On pourra permettre le cidre à condition qu'il ne soit pas pris ni trop longtemps, ni en trop grande quantité ; car l'urine s'alcalinise sous son influence.

L'eau pure constitue la meilleure des boissons, elle ne doit pas être trop chargée de sels de chaux. Sous son influence, il y a d'abord une élimination plus considérable, ensuite une diminution et même une disparition de l'acide urique. Il se fait un lavage de l'organisme et comme une inhibition de la formation de l'acide urique.

b) *L'hygiène.* — Il faut conseiller aux graveleux de prendre de l'exercice modérément ; on favorise ainsi l'élimination de l'acide urique et on en diminue la formation, contrairement au surmenage qui en active la production.

c) *Les médicaments.* — Le meilleur médicament est la *pipérazine*, qui se combine avec l'acide urique, en formant des urates solubles: l'auteur préfère des doses faibles de 0 gr. 15 à 0 gr. 30 *pro die*, pas plus de trois ou quatre jours. Sous l'influence de cette méthode, on constate vers le troisième ou le quatrième jour une décharge d'acide urique dans l'urine, qui ne se reproduit pas les jours qui suivent; mais, si on cesse le traitement durant cinq à six jours pour le reprendre ensuite, on constate de nouveau une décharge d'acide urique. L'auteur formule ainsi :

Pipérazine.....	3	grammes
Eau distillée.....	300	—

Une cuillerée à soupe de cette solution représente 0 gr. 15 du sel; le malade en prendra deux cuillerées, une après le déjeuner, une après le dîner, pendant les trois premiers jours de la semaine.

Les trois derniers jours, on prescrit la *lithine*, sous forme de *carbonate de lithine*, à la dose de 25 centigrammes, dissous dans un peu d'eau avant chaque repas. Ce traitement doit être continué des semaines et des mois.

Comme succédanés, le *sidonal*, qui est un *quinate de pipérazine*: l'emploi sera à doses faibles et longtemps prolongées, de 0 gr. 15 à 0 gr. 30 par jour :

Sidonal...	3	grammes
Eau distillée.....	300	—

Deux cuillerées à soupe par jour, au moment des repas. L'auteur emploie en outre volontiers la formule suivante:

Teinture de fèves de Saint-Ignace.....	6	grammes
Teinture de badiane.....	6	—

A prendre VI gouttes à la fin du repas, tous les jours, pendant les deux périodes de traitement précédentes.

Enfin on recommande aux malades de ne pas restreindre la quantité des boissons, surtout pendant les chaleurs de l'été, et de boire abondamment aux repas. Si cet exès de boissons produisait quelques troubles digestifs, on donnera, après le repas, une infusion aromatique chaude.

E. Vogt.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL,

Chef du Laboratoire de la Maternité.

Traitement des annexites. Indications de l'intervention chirurgicale et choix du procédé opératoire par F. Villar. (*Journal de Méd. de Bordeaux*, 5 et 12 oct. 1902). — A propos de deux malades de son service, le chirurgien pose en ces termes le problème du traitement des annexites :

1° En présence d'annexite faut-il toujours intervenir? 2° L'opération étant décidée, faut-il intervenir par la voie vaginale ou abdominale? 3° Quels sont les procédés opératoires applicables par l'une ou l'autre voie, et quel est le meilleur ? On ne doit procéder à une laparotomie dans les cas simples, que chez des femmes qui ont épuisé les ressources du traitement indirect. Si les malades continuent à souffrir, si leurs lésions tendent à augmenter, si leur position sociale ne permet pas les soins assidus, alors on songera à l'intervention chirurgicale. A côté des cas légers justiciables d'un traitement simple et des cas plus avancés qui prêtent à la discussion, il est toute une catégorie de cas assez graves caractérisés par l'étendue des lésions pour lesquels l'intervention s'impose.

Reste le choix du meilleur mode d'intervention. On peut d'abord évacuer les collections purulentes d'origine ovaro-salpingienne par une incision vaginale, rectale, sacro-coccygienne ou ischio-rectale, périnéale, inguino-sous-péritonéale ou pariétale. Les voies vaginale et inguino-sous-péritonéale méritent à peu près seules d'être conservées et encore seulement pour certains cas dans lesquels la collection unique est bien délimitée et se présente au bistouri. Cette opération permet de parer aux premiers accidents et d'attendre une intervention radicale.

Ces interventions plus radicales se font par la voie vaginale et la voie abdominale. M. Villar pense qu'on doit donner la préférence à la voie abdominale, parce que celle-ci n'expose pas à des surprises et qu'avec elle on peut employer divers moyens de traitement, résection partielle, ignipuncture, résection de la trompe, expression, etc., suivant la nature et la gravité des lésions. La voie abdominale permet encore de s'attaquer aux lésions les plus complexes, alors qu'avec le procédé Péan-Segond on n'est pas toujours certain de pratiquer l'ablation totale des annexes.

Au point de vue opératoire, il y a lieu de distinguer trois variétés d'annexites suppurées sui-

vant que celles-ci sont mobiles et non adhérentes suivant que les adhérences sont assez étendues ou sont complètes.

Il est facile d'extirper les premières à l'aide du thermo-cautère : on lie ensuite le pédicule. Si la salpingite est unilatérale, on conserve l'utérus ; si la lésion est double on l'enlève. Les cas de la seconde catégorie rentrent dans la première si les adhérences sont lâches, faciles à détruire ; si les adhérences sont très solides on traite l'annexite comme celles de la dernière catégorie. La méthode la plus sûre, d'après M. Villar, consiste à enlever les poches purulentes de bas en haut et de dedans en dehors après avoir enlevé ou détaché seulement l'utérus de ses insertions vaginales. Dans l'extirpation des salpingites purulentes, doubles et adhérentes, dit M. Villar, l'hystérectomie abdominale totale préalable, est tout, le reste n'est rien; en présence de ces lésions salpingiennes étendues, on ne doit pas s'occuper de la lésion elle-même, mais n'avoir d'autre but que d'extirper l'utérus. L'ablation des annexes malades se fera ensuite facilement. La méthode comprend alors deux procédés : ou bien on extirpe l'une après l'autre les deux valves créées par la section médiane de l'organe. Ce dernier procédé est celui de Faure et de Kelly. Chaque moitié de l'utérus préalablement fendu sur la ligne médiane est enlevée avec l'annexe correspondante qui se décolle de la paroi pelvienne. Au point de vue de la facilité, de la sécurité et de la rapidité de l'opération, l'hystérectomie par hémisection est supérieure au procédé d'extirpation de l'utérus en entier et constitue un procédé de choix. Mais ce n'est pas une opération pour les débutants, car elle exige une certaine habitude chirurgicale générale et surtout l'expérience des cas particuliers.

L. Jumon.

Dysménorrhée intermenstruelle traitée par l'oophorectomie, par L. Anglin Whitelocke (*IIe congrès de l'Ass. med. Brit. The Brit. med.* J. 11 oct. 1902). — Il s'agit d'une maîtresse d'école non mariée, incapable de pratiquer sa profession par suite de douleurs excessives durant dix jours par mois avant les règles. Les différents traitements suivis n'ont produit aucun soulagement. Chaque paroxysme douloureux durait vingt à trente minutes et revenait toutes les deux heures. Les intervalles étaient plus courts et les douleurs plus violentes à mesure que l'époque approchait ; les douleurs cessaient alors complètement vingt-quatre heures avant les règles. La dilatation du col n'ayant apporté aucun soulagement, Whitelocke ouvrit l'abdomen, trouva l'ovaire gauche volumineux et kystique et l'enleva avec la trompe. L'ovaire droit était de volume normal, mais montrait à travers sa capsule deux petits kystes qui furent ponctionnés avec une fine aiguille. La malade guérit de l'opération, mais les douleurs revinrent. Une nouvelle oophorectomie fut faite. Dans l'intervalle, l'ovaire droit avait acquis le volume d'une orange par suite du développement des kystes. Dans la suite les règles se supprimèrent, l'utérus volumineux se réduisit à son volume normal.

En résumé, guérison complète de tous les symptômes depuis l'ablation de deux annexes, rareté de ces cas de douleur intermenstruelle, disparition du fibrome utérin après l'oophorectomie, dégénérescence kystique de l'ovaire droit commençant aussitôt après l'ablation de l'ovaire gauche, impuissance du traitement pharmaceutique et de la dilatation du col, telles sont les particularités relevées dans cette observation.

L. Jumon.

La photothérapie en gynécologie, par le Dr Curatulo (*IIe Congrès de l'Association Med. Brit. med. J.*, 11 octobre 1902). — L'auteur a utilisé la lumière à incandescence fournie par une lampe insérée dans un speculum, comme moyen de traitement dans la pratique gynécologique. Un dispositif consistant à faire circuler de l'eau autour de la langue supprime l'action d'une chaleur trop vive. On se sert aussi d'une solution d'alun pour absorber la chaleur des rayons lumineux. On peut enfin utiliser seulement les rayons chimiques en remplissant l'espace autour de la lampe avec une solution cupro-ammoniacale, ou les rayons calorifiques, à l'exclusion des rayons lumineux qui traversent une solution de cochenille.

Dans quelques cas, le speculum photothérapique peut remplacer la douche vaginale et agir comme une douche d'air chaud. Les rayons chimiques peuvent modifier la nutrition de l'utérus dans les cas de métrite ou d'hypertrophie du col. Cette stimulation des actes nutritifs par la lumière peut être utile dans les cas d'hypoplasie de l'utérus accompagnée de stérilité. Elle tend à faciliter la résorption des exsudats de la périmétite et de la paramétrite. Les effets stimulants du bain lumineux vaginal sont également utiles dans les cas d'inertie utérine.

L'action germicide des rayons chimiques pourrait encore être utilisée contre les ulcérations du col. Les cas dans lesquels Curatulo a observé les bons effets de la photothérapie vaginale sont ceux d'exsudats pelviens et de métrite du col.

L. Jumon.

Traitement du cancer de l'utérus inopérable par l'administration locale d'arsenic (*Thérapeutique Moderne*, n° 7, 1902). — Dans les cas de cancer de l'utérus inopérable, Stroganoff a eu recours à l'administration locale d'arsenic.

Il se sert d'arsenic de deux façons : ou bien il fait faire tous les jours une injection d'un litre d'eau additionnée d'une ou deux cuillerées à café de liqueur de Fowler, ou bien une fois par semaine il injecte dans le vagin le mélange que voici :

Liqueur de Fowler....	ãã 4 grammes
Alcool	
Chlorhydrate de quinine	1 gramme

Ce traitement a donné à Stroganoff des résultats assez satisfaisants.

J. Roubleff.

Pharmacologie

Dr E. Vogt

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Les injections intraveineuses d'oxygène chez l'homme, par Mariani (*La Clinica Moderna* n° 29, 1902). — Chez un malade atteint de tuberculose étendue et presque agonisant, M. Mariani n'ayant pas réussi avec les moyens ordinaires (saignée, ventouses sur le thorax, inhalations d'oxygène, digitale, injections excitantes, etc.), essaya, sur le conseil du professeur Maragliano, les injections intraveineuses d'oxygène. Il avait déjà expérimenté ces mêmes injections sur le chien, après les recherches de Gartner, sans avoir jamais remarqué l'accident, même quand il avait injecté, dans l'espace d'une heure et demie, 1.500 de ce gaz dans la veine fémorale d'un chien de 10 kilogrammes.

L'oxygène, contenu dans un cylindre gradué, permettant un contrôle de la consommation, après lavage dans une solution de potasse caustique à 5 0/0, passe dans la veine isolée grâce à la pression d'une colonne d'eau qui tombe très lentement dans le cylindre d'oxygène.

Le malade dont il s'agit était cyanotique avant l'opération et inondé de sueur froide; il avait les extrémités livides et glacées, de l'orthopnée et 54 respirations ou plutôt tentatives de respiration, par minute; le pouls, petit, filiforme, arythmique, intermittent, battait à 144 ; la température était de 38°5.

Après anesthésie cocaïnique on isola sur le pied droit la veine dorsale, qui était presque vide et ne donna à sa section qu'une légère hémorragie centripète ; ce fait prouve que la circulation était déjà gravement compromise.

Tandis qu'un aide auscultait le cœur pour surveiller la formation possible d'une embolie gazeuse et qu'un autre surveillait la respiration et le pouls, on fit pénétrer en 45 minutes 120 cent. cubes d'oxygène ; à ce moment on suspendit par prudence l'opération, le malade accusant une forte sensation d'angoisse. Bientôt le pouls et la respiration se régularisent; cinq minutes après, le patient a 45 respirations et 134 pulsations qui descendent respectivement à 40 et à 120 une heure après ; la température est alors de 38° ; le malade se sent beaucoup mieux.

On a ainsi obtenu une diminution de 14 respirations, de 24 pulsations et d'un demi degré de température.

Le jour suivant le malade eut une nouvelle crise avec menace de mort, mais on ne réussit pas à pratiquer une nouvelle intervention, bien que la malade la demandât, car on ne put faire gonfler une veine pour y introduire l'aiguille et on ne jugea pas à propos de la rechercher par une dissection de la peau. L'auteur ne voulut pas pratiquer l'injection dans une des veines du bras de peur que l'oxygène ne fût pas à temps absorbé par les globules rouges.

Dans ce cas l'injection d'oxygène a indubitablement prolongé la vie d'un agonisant en lui fournissant l'élément oxydant que ses poumons ne pouvaient plus lui donner. L'auteur, d'après les recherches de Gartner et les siennes, se croit autorisé à conclure que l'oxygène injecté dans les veines est complètement absorbé par le globules rouges et ne provoque pas d'embolies gazeuses.

L'injection doit être très lente et ne pas dépasser 500 cent. cubes d'oxygène par heure.

Les injections intraveineuses d'oxygène trouveraient leurs applications dans tous les cas où l'hématose est sérieusement compromise ; elles seraient très utiles en activant la production de l'oxy-hémoglobine.

A. L. Percival.

Action antimalarique d'une nouvelle préparation insipide à base de quinine, la saloquinine (*Die Heilkunde*, septembre 1902). — Kozsvary a étudié à ce point de vue l'éther salicylique de la quinine (saloquinine) poudre insipide et inodore, facilement soluble dans l'alcool bouillant et le benzol, difficilement soluble dans l'éther et l'alcool non chauffé.

L'auteur a administré le médicament de la façon suivante : une forte dose 3 heures avant l'apparition présumée de l'accès ; les doses ont varié de 0 gr. 7 à 2 gr. 1.

Les résultats d'ensemble obtenus chez 12 malades peuvent se résumer ainsi : 1° le parasite de la fièvre tierce est rapidement annihilé par

la saloquinine : l'effet est par conséquent le même qu'avec le sulfate de quinine.

2° Dans les cas de fièvre quarte la température put de même être ramenée aisément à la normale sauf dans un cas, où l'on nota un minimum de 37,8.

3° On ne retrouve pas de parasites dans le sang des malades ayant subi un traitement de 7 à 10 jours consécutifs. Si le traitement dure moins longtemps, on ne parvient pas à ce résultat, mais le nombre des parasites est toujours notablement diminué.

Les parasites de la fièvre quarte résistent davantage que ceux de la fièvre tierce. La saloquinine agit exactement de même, à hautes doses, que la quinine à doses plus faibles.

4° Les accès aigus graves résistent, aussi bien à la saloquinine qu'au sulfate de quinine : les récidives sont presqu'inévitables et l'on est obligé de reprendre plusieurs fois la médication pour arriver à la guérison.

5° La saloquinine représente donc, elle aussi, un spécifique de la malaria : elle a l'avantage d'être insipide et de n'exercer aucune influence accessoire nocive.

E. Vogt.

L'agurine, par Haso (*Thér. der Gegenwart*, juin 1902). — L'agurine est un composé à base de théobromine et d'acétate de soude, préférable à la diurétine qui contient du salicylate de soude, ce qui lui confère des propriétés irritantes.

L'auteur a essayé l'agurine dans 30 cas d'hydropisie de causes diverses (myocardite, lésions valvulaires, néphrites, pleurésies. etc.). C'est dans les cas de myocardite que l'effet diurétique s'obtient le plus aisément, mais on observe parfois des cas réfractaires. Dans la néphrite chronique, l'effet diurétique s'obtient de même assez facilement.

L'auteur estime que dans ce domaine restreint, l'agurine peut rendre des services et remplacer la diurétine, qui n'est pas toujours bien supportée par le tube digestif.

La dose usuelle est de 3 grammes par jour.

E. Vogt.

Considération sur l'iodipine (*Dermat. Zeitschrift*, 9e fasc. 1902). — Nous retiendrons de l'important travail de Feibes, d'Aix-la-Chapelle, les renseignements thérapeutiques.

De nombreuses expériences ont démontré à l'auteur que l'iode injecté sous la peau sous forme d'iodipine à 25 0/0 est fort bien assimilé. Les injections seront faites dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région fessière.

L'iodipine à 25 0/0 rend surtout des services dans les cas de *syphilis précoce maligne* (16 cas de l'auteur). Dans tous les cas, les symptômes morbides ont disparu dans un temps relativement court. Un des malades ne supportait pas le mercure, et l'iodure n'exerçait aucune influence thérapeutique : des injections quotidiennes de 50 grammes d'iodipine à 25 0/0, fort bien supportées, amenèrent en quatre jours une modification complète des symptômes qui avaient résisté pendant 8 mois à un traitement par les injections hydrargyriques (malade envoyé par Brocq, de Paris).

Dans trois cas de *syphilis du rectum*, la guérison des troubles morbides et du rétrécissement fut obtenue par les frictions d'onguent napolitain et les injections d'iodipine dans deux cas, et par ces injections seules (25 grammes par jour), dans un cas.

Si quelques auteurs (Muller par exemple) émettent des doutes sur l'action énergique de l'iodipine en injections, cela tient à ce qu'ils n'ont pas administré des doses suffisantes.

Dans la *syphilis du nez*, l'iodipine agit plus énergiquement que l'iodure : les masses sécrétées en état de putréfaction, qui adhèrent aux ulcérations spécifiques, sont très rapidement éliminées, et le coryza iodique fait entièrement défaut, ce qui constitue un grand soulagement pour les malades.

On sait d'un autre côté que l'iodure est souvent fort mal supporté dans la *syphilis cérébro-spinale* : l'iodipine rendra alors de grands services.

L'auteur, dans des cas d'*adénites* et de *périostites spécifiques rebelles*, pratique dans le pourtour des régions malades des injections sous-cutanées de 1 gramme d'iodipine, tous les jours. Dans les cas de périostite, on fera un bandage ouaté compressif pour empêcher la diffusion de l'iodipine injectée. Les résultats obtenus sont rapides : au bout de peu de jours, le gonflement diminue.

Il est arrivé parfois que les malades refusèrent de se laisser faire des injections ; l'auteur, dans ces cas, administre l'iodipine en capsules ou mélangée à de la bière. La dose moyenne est alors de 30 grammes par jour. L'administration en lavements est peu avantageuse.

Chez un malade atteint de *psoriasis* en larges placards, datant de trois ans, l'auteur fit des injections quotidiennes de 2 grammes d'iodipine : à partir de la 18e injection, les placards commencèrent à se modifier et la guérison fut obtenue en 45 jours. En dehors des injections, le malade qui se refusait à tout traitement par les pommades, ne prit que des bains à la créoline avec savonnage au savon mou de potasse.

E. Vogt.

Expériences cliniques faites avec l'iodothyrine (*Munchener med. Wochenschrift*, n° 39, 1902). — Le Pr Roos explique le discrédit relatif actuel subi par la médication thyroïdienne par les accidents observés : ces derniers sont d'ailleurs en grande partie évitables, étant dus à des erreurs de technique.

En général, l'auteur donne, après le premier repas, 1 gr. d'iodothyrine : au bout de 6 à 8 jours, on suspend la médication pour la reprendre plus tard. La plupart des malades étaient atteints de goîtres parenchymateux : quand on a affaire à des glandes fibreuses, on n'obtient des résultats qu'avec des doses plus élevées. Les cas traités ressortissaient en grande majorité à des tumeurs au début de leur évolution, n'occasionnant pas encore une grande gêne. Aucun goître kystique n'a été traité.

En cas de récidive, celle-ci cédera rapidement à un nouveau traitement par l'iodothyrine ; il n'y a pas lieu de craindre, quand on recourt à cette médication, des accidents analogues à ceux que la privation opératoire de la glande a si souvent provoqués.

Le crétinisme chez l'adulte est réfractaire au traitement interne, mais l'auteur a obtenu de remarquables résultats chez deux enfants.

L'obésité a été traitée de même par l'iodothyrine avec succès dans quelques cas. L'auteur n'a jamais prescrit des doses élevées du médicament et n'a par conséquent pas toujours atteint des résultats très concluants.

Dans deux cas d'anémie compliqués de goître, la médication martiale, reprise après l'administration d'iodothyrine, produisit un effet beaucoup plus marqué que précédemment.

Dans deux cas d'artériosclérose, l'action thérapeutique a paru indécise ; il y a lieu de reprendre ces expériences, en s'adressant de préférence à des cas au début. Dans un troisième cas, compliqué de légères attaques (thrombose cérébrale), les parésies cédèrent rapidement.

Dans deux cas de psoriasis rebelle, l'action de l'iodothyrine a été évidente et a manifestement favorisé l'action du traitement externe.

E. Vogt.

Sur la valeur thérapeutique de l'acétopyrine par A. Beretta (*Gazetta de gli Ospedali e delle Cliniche* n° 36 1902). — L'acétopyrine, qui résulte de la combinaison de l'aspirine avec l'antipyrine, est une poudre cristalline, blanche, de saveur légèrement acide, insoluble dans l'eau froide, très peu soluble dans l'eau bouillante, soluble dans le chloroforme et l'éther, peu soluble dans l'alcool. Son point de fusion est de 64-65 degrés.

Les doses de cette substance, destinée à réunir les qualités de ses composants, varient de 1-5 grammes par jour : on emploie les doses de 4-5 grammes dans le traitement des rhumatismes aigus, des doses plus faibles (1-3 grammes) s'il s'agit de névralgies. On la prescrit dans de l'eau sucrée, mieux encore en cachets.

La dose fixée peut être fractionnée dans la journée, mais les effets sont plus remarquables si on l'administre en trois ou quatre fois dans l'après-midi ; un paquet toutes les demi-heures. Les malades commencent à transpirer abondamment déjà après deux paquets. Le nombre des pulsations n'est pas influencé par l'acétopyrine chez les sujets bien portants, mais il diminue si le malade est fiévreux. L'acétopyrine n'exerce pas d'influence dangereuse sur les reins ; elle provoque au contraire une diurèse abondante. Son action dans le traitement du rhumatisme aigu est tout à fait remarquable : deux à trois jours après qu'on a commencé l'administration du médicament, la fièvre tombe, les articulations désenflent et les patients se sentent très bien : ils ne se plaignent jamais de nausées, de bourdonnements, ni de dyspnée.

Dans les formes de rhumatisme noueux ou syphilitique, au contraire, cette substance ne paraît pas exercer d'action utile. Les résultats furent assez satisfaisants dans le traitement des rhumatismes musculaires, ainsi que dans celui des pleurésies sans épanchement et des péricardites : tous ces cas furent favorablement influencés au point de vue des phénomènes subjectifs et objectifs ; la température resta basse plus longtemps qu'avec l'aspirine.

Les conclusions de l'auteur sont que l'acétopyrine n'a jamais causé de phénomènes de collapsus, même chez des individus très affaiblis.

La diminution de la température est relativement faible, mais dure longtemps. L'acétopyrine n'a jamais donné lieu à des phénomènes d'intolérance.

A. L. Percival.

Opinions sur la dionine, par Combemale et Sonneville (*L'Echo médical du Nord*, 2 novembre 1902). — Les auteurs, se basant sur 6 observations, ont reconnu que la dionine est assez peu analgésique ; elle l'est moins que la morphine, mais son action sur le système respiratoire est manifeste.

Quant aux phénomènes secondaires à l'administration de ce médicament, ils n'ont été observés qu'une seule fois sur six, sous forme de perte de l'appétit, abattement et torpeur cérébrale. Le traitement ne détermine pas

d'accoutumance. On a remarqué que les doses utiles de dionine sont triples de celles de la morphine : trois centigrammes sont la dose quotidienne conseillée par Schrœder ; cette dose a été uniformément donnée à tous les malades, qui l'ont absorbée huit et quinze jours consécutifs. Or, la suppression de cette dose a toujours été brusque, sans qu'il survienne le moindre incident notable ; le besoin de cette prise quotidienne ne s'imposait pas non plus aux malades, comme au bout de huit et dix jours, la chose survient chez les malades traités par la morphine ; la nécessité de l'augmentation de la dose pour le même effet ne se faisait pas davantage sentir.

E. Vogt.

Injections sous-cutanées alimentaires, par M. Southgate Leigh (*The New-York. Med. Journ.*, 30 août 1902). — L'auteur à étudié les moyens de faire pénétrer des substances alimentaires dans la circulation au moyen d'injections. Pour être injectable, l'aliment doit être stérile, réellement nutritif, facilement absorbé et présenté sous forme liquide, il doit être facilement obtenu et d'une préparation rapide. L'albumine de l'œuf semble l'aliment tout désigné dans ce but, employée en lavement et additionnée d'un peu de sel elle est rapidement absorbée par l'intestin sans avoir besoin de recourir à la peptonisation. Elle est d'un pouvoir nutritif considérable et si l'œuf est frais elle doit être stérile. Examinant l'albumine des œufs frais au point de vue bactériologique, l'auteur l'a toujours trouvée stérile. Leigh a d'abord essayé chez les lapins des injections d'albumine de l'œuf dissoute dans une solution saline normale. La région de l'injection et les instruments doivent être soigneusement stérilisés. Après l'injection, la plaie est recouverte d'ouate stérilisée et de collodion. Dans ces conditions, l'examen des tissus fait quelques jours après a montré que dans tous les cas l'albumine est entièrement absorbée sans qu'on constate aucune trace d'inflammation.

L'auteur à ensuite appliqué ces injections à des malades de diverses catégories sans observer aucun trouble général ni local. La solution est aussi rapidement absorbée qu'une solution saline normale sans causer plus de sensibilité locale. Contrairement à ce que quelques auteurs ont affirmé, Leigh, n'a jamais trouvé que l'albumine passe sans modification dans l'urine. Pour chaque injection, il ajoute deux tablettes toutes préparées contenant :

Chlorure de sodium.....	0 gr.	55
Sulfate de soude.....	0 gr.	02
Carbonate de soude.....	0 gr.	01
Phosphate de soude.....	0 gr.	007
Phosphate de magnésie...	0 gr.	0025

Ces tablettes sont dissoutes dans 250 grammes d'eau qu'on fait bouillir pendant dix minutes. On prend des œufs frais, on les brosse avec du savon et de l'eau chaude, on les lave à la solution de sublimé au 1 0/00 et on les met ensuite dans de l'eau stérilisée. Les œufs sont alors cassés et les blancs versés dans des verres, on ajoute alors la solution saline dans la proportion de 350 cc. environ pour chaque œuf, on délaye et on filtre la solution sur du coton stérilisé dans des flacons stérilisés, puis bouchés avec du coton. La solution peut servir 36 heures et même davantage ; avant de s'en servir on chauffe les bouteilles par immersion à 40°5.

L'injection doit être faite dans un point où la peau est lâche, dans le dos, sur les côtés de la poitrine ou sous le sein. Elle doit être poussée lentement en réglant la force du courant par la hauteur à laquelle on tient le réservoir. On peut donner toutes les quatre heures une injection contenant un blanc d'œuf et 360 grammes de solution saline. Au besoin on pourrait injecter une quantité beaucoup plus grande et l'auteur n'hésiterait pas, si c'était nécessaire, à injecter jusqu'à 750 cc. en une seule fois. Ces injections sont complètement inoffensives et peuvent alimenter les malades dans une situation critique, alors que toutes les autres méthodes ont échoué, et tout au moins prolonger leur existence. Enfin on peut ajouter de l'eau-de-vie à la solution saline normale si l'on a besoin de stimuler le cœur ; ces injections ne sont pas irritantes.

L. Jumon.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

PSYCHOSES AIGUES AVEC EXCITATION : MANIE ET ÉTATS MANIAQUES

Isolement.

Alitement obtenu sans moyens de coercition, sans l'emploi d'entraves, de la camisole de force.

On s'efforcera de persuader au malade qu'il a de la fièvre, qu'il est atteint d'une affection aiguë nécessitant le repos au lit.

L'alitement ne doit pas être absolu ; le dément pourra quitter le lit pour satisfaire ses besoins, prendre ses bains, passer quelques instants en plein air.

Les rigueurs de l'alitement seront mitigées au fur et à mesure de l'amélioration obtenue.

Combattre les effets de l'alitement : la constipation par les lavements, le massage ; l'anorexie, en présentant au malade des aliments substantiels, c'est-à-dire du laitage, des bouillies, des œufs, des purées, de la viande pulpée ou hâchée ; la tendance aux escarres par les lotions fréquentes, les bains quotidiens.

Bains tièdes prolongés et permanents. — Bains de 2 à 4 heures de durée : de 10 à 30 heures ; Bain permanent (de Krœpelin). Le malade séjourne dans l'eau jour et nuit, pendant plusieurs jours, plusieurs semaines et même plusieurs mois. Le bain est à la température de 33 à 34° et maintenu à cette température grâce à des mélangeurs. Les baignoires ont leurs bords très arrondis pour éviter les traumatismes ; certaines sont recouvertes d'un tablier de cuir garni d'un bourrelet au niveau d'un trou rond par lequel passe la tête du malade ; toutefois ce moyen de contention n'est employé que rarement.

Les aliments sont donnés au bain ; le refus des aliments est une contre-indication à son emploi.

Pendant la nuit, le malade dort dans la baignoire, la tête soulevée par un coussin à air en caoutchouc.

On remédie à la macération de l'épiderme par des onctions fréquentes de vaseline.

Douche froide, en jet brisé, pendant la convalescence comme moyen tonique.

Enveloppements dans le drap mouillé. Effets toni-sédatifs.

Bromures, sont le plus souvent infidèles ; leur utilité n'est manifeste que dans la manie des épileptiques et chez les maniaques érotomanes.

Dose utile : 4 à 6 grammes ; leur efficacité est augmentée par l'association au chloral. (2 ou 3 grammes pris le soir par la bouche ou en lavement).

Le *sulfonal* est un assez bon hypnotique (1 gramme à 1 gr. 50) le soir avec une infusion chaude.

Paraldéhyde, 2 à 6 grammes ; rebute les malades par son odeur.

Paraldéhyde.....	20	grammes
Glycérine.....	24	—
Alcool.....	48	—
Teinture de cannelle...	4	—
Teinture d'écorce d'oranges amères.....	8	—
Saccharine.....	0 gr.	10

Cet élixir contient un gramme de paraldéhyde par cuillerée à café.

Sulfate de duboisine; s'emploie en injections sous-cutanées à la dose de 1 à 2 milligrammes par jour. Ses effets sédatifs sont puissants ; mais l'influence fâcheuse qu'il exerce sur la nutrition générale en limite l'emploi.

Chlorhydrate d'hyoscine; est pour ainsi dire le calmant spécifique des états maniaques ; il s'emploie exclusivement en injections sous-cutanées :

Chlorhydrate d'hyoscine.....	5	centigrammes
Eau distillée de laurier cerise.....	2	grammes
Eau distillée.....	23	—

(Magnan.)

1/2 seringue de Pravaz de cette solution renferme un milligramme d'hyoscine.

Au début, commencer par une dose faible, 1/3 ou 1/4 de milligramme, et suivant le résultat obtenu, s'en tenir à ces doses ou bien aller jusqu'à 1/2, 3/4 de milligramme.

Si l'accoutumance se produit, on peut atteindre un milligramme et même un milligramme et demi.

Le chlorhydrate d'hyoscine ne doit pas être employé chez un maniaque, uniquement parce qu'il est maniaque ; on doit le réserver pour les cas où l'agitation, réellement excessive et sans rémission, menace de déterminer des complications, d'empêcher l'alimentation, etc. Son emploi est contre-indiqué chez les sujets cachectiques, chez les cardiaques.

Injections de sérum physiologique. A hautes doses quotidiennes, sont indiquées (400 à 500 cc.).

Dans les états maniaques dépendant de psychoses toxi-infectieuses récentes.

Alimentation, doit être répartie. Le refus de nourriture est rare; s'il se produit, avoir recours à la sonde nasale.

Surveillance, doit être incessante, bien que les maniaques soient relativement peu enclins aux suicides et aux attentats prémédités. Les empêcher surtout de déchirer leurs vêtements, de s'excorier, de se barbouiller avec leurs excréments, etc.

Convalescence. — A ce moment vie au grand air, exercice musculaire, travail manuel.

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Les Bouilleurs de crû. — M. Joffroy a présenté à l'Académie un mémoire très important de M. M. Antheaume sur la question des bouilleurs de crû, toute d'actualité. Il n'est pas douteux que le privilège des bouilleurs de crû ne soit l'un des principaux facteurs des progrès inouïs de l'alcoolisme en France, non seulement par la quantité de l'alcool produit et vendu en fraude, mais encore par sa qualité, l'alcool de fabrication particulière étant infiniment plus nuisible que l'alcool bien rectifié de l'industrie. L'eau-de-vie de propriétaire, sans conteste, est beaucoup plus toxique que l'eau-de-vin industrielle, faite avec de l'alcool, en somme très pur, tandis que l'alambic de famille laisse passer toutes les impuretés, purfurol, alcoolssupérieurs, etc.

Avec la progression effrayante de l'alcoolisme, constatée dans les asiles d'aliénés, dans les tribunaux et les cours d'assises, la question de l'alcoolisme est devenue une question sociale au premier chef, et par là même, celle des bouilleurs de crû. Il s'agit simplement de savoir dans combien d'années la race française aura cessé de compter. Mais combien y a-t-il de députés prêts à risquer leur siège pour sauver leur pays ? Même pour sauver un budget impossible à boucler, on a vu la levée de boucliers qui s'est produite quand M. Rouvier a fait mine de toucher au fameux privilège!

Hôpital Necker. — *Cours de clinique des maladies des voies urinaires.* Pr M. Guyon. — M. le Pr Guyon reprendra ses leçons le *mercredi 12 novembre 1902*, à 9 heures (Hôpital Necker), et les continuera les samedis et mercredis suivants, à la même heure.

Cours de pharmacologie et matière médicale. Pr M. Gabriel Pouchet. — M. le Pr Gabriel Pouchet commencera le cours de pharmacologie le *samedi 8 novembre 1902*, à 4 heures de l'après-midi (Amphithéâtre de pharmacologie), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : *Ordre du cours.* — *Mardi et samedi* : Leçon théorique. — Etude des modificateurs du système nerveux périphérique. Hypocinétiques généraux. Modificateurs névromusculaires.

Jeudi : Conférences pratiques et interrogations. — Exercices pratiques de reconnaissance et de détermination des drogues simples et composées, étude de leurs propriétés toxiques et médicamenteuses, applications aux sciences médicales. — Art de formuler,

Cours pratique sur les maladies de l'estomac. — Sous la direction de M. le Dr A. Mathieu. M. le Dr Jean-Ch. Roux, ancien interne des hôpitaux, assistant de la consultation des maladies de l'estomac à l'hôpital Andral et M. le Dr A. Laboulais, ancien interne en pharmacie des hôpitaux, chef de laboratoire de M. le Dr A. Mathieu, commenceront un cours théorique et pratique sur les maladies de l'estomac, le lundi 17 novembre 1902.

Le cours sera complet en un mois et aura lieu au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, à 5 h. 1/2 du soir.

Les travaux pratiques (examens de suc gastrique et autres procédés de diagnostic) auront lieu les mêmes jours, de 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, avant le cours. Il sera constitué des séries par ordre d'inscription.

Pour les renseignements et l'inscription, s'adresser au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, tous les matins de 8 heures à midi, et tous les soirs, de 1 heure à 6 heures, sauf le mercredi.

BIBLIOGRAPHIE

Les nouveaux traitements, par le Dr J. Laumonier, 1 vol. in-16 de la *Collection médicale*, cartonné à l'anglaise, 4 fr. (Paris, Félix Alcan, éditeur).

L'auteur s'est proposé de fournir aux médecins et à toutes les personnes qui s'intéressent à la thérapeutique, des indications précises, aussi complètes, mais aussi brèves et claires que possible, sur les nouveaux remèdes et les nouvelles méthodes de traitement qui ont une efficacité réelle et sont assez bien connus pour qu'on puisse les formuler d'une manière sûre et pratique. En tête de chaque chapitre, il a placé des considérations sommaires de physiologie pathologique et de pathogénie, dans le but de faire comprendre le mécanisme de l'action thérapeutique par la connaissance des troubles fonctionnels qui créent la maladie.

Les formulaires les plus complets ne peuvent donner ces indications qui permettent seules au médecin de se rendre un compte exact de l'électivité spéciale des médicaments et de l'indication précise des traitements, et l'importance de ces indications ne saurait échapper aux praticiens souvent découragés par l'emploi de médicaments excellents mais qu'il faut utiliser à propos.

La classification adoptée par M. Laumonier est la suivante : *Modificateurs de la nutrition, modificateurs de l'hématopoïèse, médications minérales, médicateurs respiratoires, modificateurs de l'élimination urinaire, modificateurs de la tension vasculaire, opothérapie, sérothérapie et vaccinations, modificateurs nerveux, les antipyrétiques, les antiseptiques.* Une table alphabétique des matières permet de trouver avec facilité dans le texte, les 300 traitements étudiés au cours de cet ouvrage.

Précis de bactériologie médicale, par Fernand Berlioz, Professeur à l'Université de Grenoble, Directeur du Bureau municipal d'Hygiène et de l'Institut Sérothérapique. Avec une préface de L. Landouzy, Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, 1 vol. in-15 de la *Bibliothèque Diamant*, avec figures, cartonné toile, tranches rouges (Masson et Cie, éditeurs), 6 francs.

Le *Précis de Bactériologie médicale* du professeur Berlioz est conçu dans le but de vulgariser les notions de bactériologie applicables chaque jour par le praticien à l'hygiène, à la pathologie, à la clinique. Ainsi que le dit dans sa préface le Pr Landouzy : « ce livre vient à son heure et doit être le livre de chevet des médecins et des étudiants. »

L'ouvrage se divise en deux parties : *Bactériologie générale, Bactériologie spéciale.* — Dans le livre premier de la *Bactériologie médicale*, l'auteur étudie les *caractères généraux des bactéries* (morphologie, structure, composition, fonctions de nutrition, sécrétion des diastases, toxines, ptomaïnes, l'influence de la température, de la lumière, de l'électricité, des agents chimiques, etc. — Dans le livre II, les *bactéries du sol, de l'atmosphère, de l'eau* sont étudiées ainsi que les diverses causes qui peuvent les modifier. Les méthodes d'analyse sont clairement exposées. — Le livre III comprend les *bactéries dans l'organisme*, c'est-à-dire l'infection et l'immunité. Les principales expériences sur lesquelles sont basées nos connaissances sur l'infection et l'immunité sont exposées en détail, ainsi que les controverses auxquelles elles ont donné lieu. L'*Infection* est d'abord étudiée dans son ensemble (marche générale, rôle des organes, séjour, élimination des bactéries), puis suivant sa porte d'entrée (peau, bouche, estomac, intestin, voies respiratoires) ; le chapitre suivant étudie les circonstances qui modifient l'infection. L'auteur expose ensuite la théorie de l'*Immunité* : la phagocytose, le pouvoir bactéricide, le pouvoir antitoxique et la sérothérapie sont étudiés en détail, ainsi que les moyens de conférer l'immunité (vaccination). Des chapitres spéciaux sont consacrés aux agglutinines, cytolysines, anticytolisines,

Dans la *bactériologie spéciale* sont décrites les bactéries en particulier : staphylocoque, streptocoque, pneumocoque, gonocoque, bacille tuberculeux, diphtérique, typhique, etc. A propos de chaque bactérie, l'auteur étudie la morphologie, la culture, les toxines, les inoculations expérimentales, la vaccination et enfin les applications à la pathologie.

Nlle Imprimerie. E. Lasnier directeur. 35 37 rue St-Lazare. Paris Le Propriétaire-Gérant : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Les Malades Payants et les « accidentées » dans les Hopitaux, par le Dr P. Derocque

Le mardi 21 octobre, à la Faculté de Médecine, s'est tenue, à l'occasion du XVe Congrès français de chirurgie, une réunion des chirurgiens des hôpitaux de province.

M. Reynès, chirurgien des hôpitaux de Marseille, dans un très intéressant rapport qu'il a présenté à ses collègues, a étudié la question de l'*hospitalisation des malades payants et des victimes d'accidents du travail hospitalisées au tarif des indigents.*

M. Reynès a fait voir que l'expérience des trois dernières années démontre que dans tous nos hôpitaux les victimes d'accidents du travail, couvertes par la loi du 9 avril 1898, deviennent de plus en plus nombreuses.

La fréquence croissante de ces hospitalisations crée les abus contre lesquels nons protestons au nom des intérêts de notre corporation et au nom de la saine gestion du bien des pauvres dont les administrations hospitalières ont la charge. Bon nombre de ces malades pourraient être soignés en ville. Il est aisé de voir que ce moyen grèverait plus lourdement les charges financières des patrons et des Compagnies d'assurances ; aussi, préfèrent-ils les envoyer à l'hôpital. De ce chef, — et il est bon de souligner que *la question présente intéresse toute notre corporation en général et non-seulement les membres du corps médico-chirurgical des hôpitaux et hospices* — les praticiens ordinaires des villes voient soustraire à leur clientèle des quantités qui sont loin de continuer un facteur négligeable. Pour le seul département de la Seine, en effet, il a été démontré que, du fait de ces hospitalisations abusives, la corporation médicale subissait une perte annuelle d'environ 8 millions.

D'autre part, les chirurgiens des hôpitaux soignent et opèrent ces malades sans aucune espèce de rémunération autre que l'indemnité annuelle modeste, parfois nulle, qui leur est allouée ; mais le chirurgien d'hôpital ne doit ses soins gratuits qu'aux indigents.

Les vrais pauvres subissent également le contre-coup de cette regrettable situation : 1° parce que les lits, qui devraient leur être réservés, sont occupés par des payants qu'on devrait soigner ailleurs ; 2° parce que bien souvent le tarif réclamé à l'accidenté ou à ses répondants financiers ne couvre pas les administrations hospitalières des frais qu'elles ont faits pour le malade ; il en résulte ainsi une dérivation illégale des deniers publics : le principe même des hôpitaux est faussé : l'hôpital devient une maison de santé où l'on paie ; or, les circulaires ministérielles elles-mêmes invitent les administrations hospitalières à éviter de tomber dans cet abus. La *note* 5 du règlement type des hôpitaux, à propos de l'article 26, dit que, dans un hôpital, il ne doit être réservé des lits aux malades payants « qu'à titre tout à fait exceptionnel et dans une faible proportion ».

La circulaire du Ministère de l'Intérieur du 10 août 1901, *in fine*, rappelle le danger possible des hospitalisations abusives en matière d'accidents du travail. « L'hôpital doit être réservé à ceux qui ne peuvent être soignés convenablement ailleurs ; laisser occuper des lits par des ouvriers blessés dont le traitement pourrait sans danger être suivi ailleurs, ce serait risquer de priver des malheureux des soins hospitaliers que réclame leur état. *On a fait observer aussi que ce serait soustraire aux médecins de ville une clientèle payante* et il convient que les administrations hospitalières se tiennent en garde contre ce que ce reproche pourrait avoir de fondé. »

Dès l'année 1901, le *Comité national permanent de défense professionnelle, solidarisé avec le Concours médical, l'Union des syndicats médicaux de France* et le *syndicat des médecins de la Seine*, émettait les vœux suivants :

Sollicitées et convaincues par nos confrères, plusieurs administrations hospitalières, à l'esprit éclairé desquelles on ne saurait faire un vain appel, ont admis et réglementé, pour leurs médecins et leurs chirurgiens, le « droit aux honoraires en ce qui concerne les malades aisés et les accidentés ».

C'est ainsi que la Commission administrative des hospices de Vesoul a décidé, par délibération du 5 décembre 1901, que les prix de journée actuels de deux francs, deux francs cinquante ou trois francs, pour les ouvriers des patrons, et deux francs vingt-cinq pour les ouvriers et employés des compagnies de chemins de fer, continueront à être appliqués aux ouvriers victimes d'accidents de travail, sans préjudice des frais de pansements dont le tarif a été établi, par une délibération de ce jour, sur les bases d'un franc, deux francs ou trois francs par pansement, et des *honoraires spéciaux du médecin traitant.*

A Bordeaux, grâce à notre confrère M. Lande, maire de cette ville, existe, depuis le 1er octobre, un règlement qui répond à toutes les exigences : les « payants » ou « accidentés » payent un prix de pension journalière de trois francs (au lieu de 2 francs), plus les honoraires des médecins et chirurgiens, plus la moitié de cette dernière somme pour soins médicaux et pharmaceutiques et pour pansements.

.....

En augmentant seulement de un franc l'ancien prix de pension journalière, M. Lande a montré que, pour les années 1900 et 1901, les hospices de Bordeaux auraient réalisé un bont de 66,400 fr. M. Reynès a montré, de même, qu'à Marseille, le boni aurait été de 94,000 fr. pour les deux années correspondantes.

Enfin, à Lillebonne, le règlement de l'hôpital-hospices (règlement qui a reçu l'approbation du préfet de la Seine-Inférieure) dit que : « il est bien entendu que les honoraires du médecin de l'hôpital-hospice sont toujours réservés et intégralement dus par la personne qui signe l'engagement de payer les frais dus à l'hospice. Ces honoraires s'appliquent aux visites, pansements, opérations ». (Voir la *R. M. N.* de 1901, pp. 217 et 428).

Il en est de même à Cosne, à Clamecy et à Saint-Jean-d'Angély.

La question étan reconnue le 12 juin dernier devant le Conseil supérieur de l'Assistance publique, celui-ci a voté la délibération suivante : *Prix de journées des « Accidentés hospitalisés »* :

« Pour les malades hospitalisés à la suite d'accidents du travail régis par la loi de 1898, les hôpitaux percevront, dans leurs recettes générales, pour frais de traitement :

» 1° Un prix de journée d'entretien, arrêté annuellement par le Préfet, à raison de la dépense réelle et excluant les frais médicaux et pharmaceutiques :

» 2° Les frais médicaux et pharmaceutiques, au tarif fixé par le règlement départemental sur l'Assistance médicale gratuite, ou, à défaut, par les usages locaux ». (*Journal officiel*, 18 juin 1902).

***

Après lecture de ce rapport, pour lequel on ne saurait assez féliciter M. Reynès, les chirurgiens ont délégué quelques-uns de leurs collègues auprès du Ministre de l'Intérieur, pour le prier de notifier la délibération du Conseil aux Préfets et aux Administrations hospitalières de France, des colonies et pays de protectorat, et d'inviter les dites Administrations à conformer leurs réglements à cette délibération. Ces délégués ont été reçus le 22 octobre, au Ministère de l'Intérieur, par M. Combes lui-même, auquels ils ont exposé leur mission, en insistant sur le côté égalitaire et démocratique de leurs efforts. M. Combes a promis aux délégués de donner des ordres pour que la délibération du Conseil de l'Assistance soit notifiée aux diverses Administrations.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS, 6e

RECENTES PUBLICATIONS

Les Armes blanches, *leur action et leurs effets vulnérants*, par les Drs H. Nimier, médecin principal de deuxième classe, professeur au Val-de-Grâce, et Ed. Laval, médecin major de deuxième classe, 1 volume in-12, avec 39 gravures dans le texte..... 6 fr.

Les Projectiles des armes de guerre, *leur action vulnérante*, par *les mêmes*, 1 volume in-12 avec 36 gravures dans le texte..... 3 fr.

Les explosifs, les poudres, les projectiles d'exercice, *leur action et leurs effets vulnérants*, par *les mêmes*, 1 volume in-12, avec 18 gravures dans le texte..... 3 fr.

De l'infection en chirurgie d'armée, *évolution des blessures de guerre*, par *les mêmes*. 1 volume in-12 avec gravures dans le texte..... 6 fr.

Traitement des blessures de guerre, par *les mêmes*. 1 volume in-12 avec 52 gravures dans le texte. 6 fr.

COLLECTION MÉDICALE

Volumes in-12, cartonnés à l'anglaise, à *4* francs et à *3* francs

Envoi franco contre mandat-poste

COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

par M. le professeur Féli Terrier membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien de la Pitié.

Petit Manuel d'Antisepsie et d'Asepsie chirurgicales, par les docteurs Félix Terrier et M. Péraire ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-12, avec gravures, cartonné à l'anglaise..... 3 fr.

Petit Manuel d'Anesthésie chirurgicale, par *les mêmes*. 1 vol. in-12, avec gravures, cartonné à l'anglaise..... 3 fr.

L'Opération du Trépan, par *les mêmes*. 1 vol. in-12, avec 222 gravures, cartonné à l'anglaise.... 4 fr.

Chirurgie de la Face, par les docteurs Félix Terrier, Guillemain, chirurgien des hôpitaux et Malherbe, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-12, avec 214 gravures..... 4 fr.

Chirurgie du Cou, par *les mêmes*. 1 vol. in-12, avec 101 gravures, cartonné à l'anglaise..... 4 fr.

Chirurgie du Cœur et du Péricarde, par les docteurs Félix Terrier et Reymond, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-12, avec 79 gravures, cartonné à l'anglaise..... 3 fr.

Chirurgie de la Plèvre et du Poumon, par *les mêmes*, 1 volume in-12 avec 67 gravures, cartonné l'anglaise..... 4 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION DU TRAITEMENT DU LUPUS TUBERCULEUX ET ÉRYTHÉMATEUX RÉFLEXIONS GÉNÉRALES SUR LES BASES DE JUGEMENT EN THÉRAPEUTIQUE

par M. Leredde

I

J'espère que la Société de Dermatologie voudra bien mettre d'ici peu à son ordre du jour la question du traitement des lupus tuberculeux et érythémateux. Cette question est des plus intéressantes qui puissent l'occuper, et des plus importantes pour les malades. Je me figure que le rôle d'une société savante est de donner, quand il est possible de le faire, des règles de conduite pour les médecins praticiens: elle ne peut avoir de meilleur moyen de démontrer son utilité et d'affirmer son prestige. Or, je me figure aussi que le médecin qui, ayant à traiter un lupique, se reporterait aujourd'hui aux notes publiées dans les Bulletins de cette Société, serait fort embarrassé! En avril, j'ai essayé dans un travail d'ensemble, écrit avec la collaboration de mon assistant, M. Pautrier, de donner une ligne de conduite, de fixer des règles ; ce travail peut-être incomplet sur certains points, peut-être erroné sur d'autres aurait pu servir de base de discussion ; on aurait pu aussi combattre dans leur ensemble les conclusions que nous avions posées (1).

(1) Voici quelles étaient les conclusions de ce travail. (Leredde et Pautrier. Le traitement de la tuberculose cutanée depuis Finsen. Les indications et contre-indications de la photothérapie. Bull. de la Soc. franç. de Dermatologie, avril 1902.)

« Nous terminons en résumant en quelques lignes les indications et contre-indications *actuelles* (1902) de la photothérapie dans le traitement des lupus tuberculeux et érythémateux.

Lupus tuberculeux. 1° *Lupus tuberculeux de la face.* La photothérapie est indiquée dans les cas de lupus tuberculeux qui ont résisté aux autres méthodes.

Les résultats sont incertains :

a) Dans les lupus avec épaississement considérable des tissus, type végétant, type éléphantiasique limité ou généralisé.

b) Dans les lupus où les autres méthodes ont déterminé une sclérose profonde.

a) Dans les lupus végétant, il est indiqué de réduire le volume des tissus, par les scarifications ou les caustiques, tels que le permanganate. La photothérapie peut alors produire ses effets curatifs.

Dans les lupus éléphantiasiques, la photothérapie échouera en général. On essaiera toutefois ses effets sur quelques points avant d'y renoncer, car ces lupus ne relèvent actuellement d'aucune méthode thérapeutique régulière.

Au lieu de cela, des observations isolées de lupus traités par tel ou tel procédé ont été publiées. Quelques réflexions ont été émises au hasard : le seul résultat a été d'embrouiller une question déjà difficile.

Je voudrais cependant qu'on démontre sur quels points j'ai eu tort, de manière à profiter moi-même du débat et à faire profiter des progrès amenés par la discussion mes malades non moins que les autres. Après un sévère examen de conscience, je reste sur le terrain où je me suis placé pour l'étude du traitement des lupus. Et aujourd'hui je viens discuter à mon tour les opinions émises par d'autres dermatologistes et montrer encore sur quels points elles sont contestables.

Sur cette question comme sur toute question de thérapeutique, nous ne pouvons éclairer notre jugement sans faire une comparaison entre les divers procédés. Pour cela, il est indispensable de faire porter l'enquête sur un grand nombre de malades traités par un procédé ou par un autre, de manière à éliminer le rôle du hasard et qu'il n'y ait pas d'un côté une majorité de cas bénins traités par un procédé, de l'autre une majorité de cas graves traités par un autre. Nous savons qu'entre les divers lupus tuberculeux, il existe de notables différences de gravité. Quelques-uns, très rares, sont assez bénins (je ne comprends toutefois pas comment un ancien chef de clinique de Saint-Louis, M. Morel-Lavallée, a pu dire récemment à la Société du IXe arrondissement que le lupus peut guérir par l'eau distillée, sans ajouter qu'il s'agit de formes exceptionnelles, telles qu'un dermatologiste peut n'en rencontrer jamais). La plupart sont extrêmement

b) Dans les lupus sclérosés par les autres méthodes on devra également essayer la photothérapie, car ces lupus sont en thèse générale incurables par tout autre procédé.

A l'heure actuelle, un médecin ne doit plus traiter indéfiniment un lupus tuberculeux par les anciennes méthodes, sans peine de le transformer en lupus définitivement incurable.

La photothérapie est contre-indiquée dans les lupus jeunes qui peuvent guérir par l'ablation avec réunion par première intention. Nous faisons exception pour des jeunes filles ou des jeunes femmes chez lesquelles les conditions esthétiques pourraient conduire à employer une méthode plus longue que la méthode chirurgicale.

1° *Lupus tuberculeux du tronc et des membres.* La photothérapie est contre-indiquée dans les lupus du tronc et des membres qui peuvent guérir plus rapidement par les autres méthodes, en raison d'un plan de clivage hypodermique qui limite en général leur progression profonde. S'ils ne guérissent pas toujours il en faut accuser l'éducation dermatologique incomplète de beaucoup de médecins, l'insouciance des malades, enfin l'application trop superficielle de méthodes qui ne peuvent être curatives qu'à la condition d'intéresser les lésions dans toute leur étendue, en surface et en profondeur.

Dans les tuberculoses des extrémités, la photothérapie est inapplicable à cause de l'hyperkératose et de l'acanthose qui empêchent la pénétration des rayons chimiques.

Lupus érythémateux : 1° la photothérapie est contre-indiquée dans le lupus superficiel aberrant curable par d'autres méthodes, en particulier les courants de haute fréquence. Elle ne pourrait être appliquée que dans les lupus reparaissant à chaque poussée aux mêmes points et résistant aux autres méthodes.

2° Dans la forme fixe sans tendance à la régression atrophique, la photothérapie est indiquée après échec des autres méthodes.

3° Il en est de même dans la forme fixe à tendance atrophique. Ici, comme dans le lupus tuberculeux de la face, les autres méthodes ne doivent être employées que pendant un temps court.

Tout lupus érythémateux doit être traité avec énergie dès son début. Plus il persistera, plus il deviendra profond, plus il sera rebelle (Finsen).

4° Les lupus érythémateux qui ont résisté à la photothérapie bien faite, peuvent être traités par la radiothérapie ou la radiumthérapie. Limités et dans certaines régions, ils peuvent être justiciables de l'ablation.

La photothérapie nous paraît contre-indiquée d'une manière générale dans le lupus érythémateux n'occupant pas la face.

rebelles, mais d'une extension lente, quelques-uns, non moins rebelles, ont une progression rapide. La profondeur est presque toujours considérable, elle est quelquefois extraordinaire et les tissus de la face sont envahis dans toute leur épaisseur, de la peau jusqu'à la muqueuse buccale. Ceci nous conduit à ne jamais juger un procédé sur un, deux ou trois malades, car on peut tomber sur une série heureuse ou malheureuse. A cette condition, nous pourrons déjà porter un jugement réel ayant une valeur scientifique, et établir la supériorité d'une méthode sur les autres, soit dans tous les cas, soit dans tel ou tel cas, — supériorité *passagère d'ailleurs*, car on pourra toujours espérer trouver des procédés supérieurs aux procédés déjà employés — mais leur supériorité ne pourra être démontrée que par la même méthode.

Dans le cas particulier du lupus tuberculeux, comment pouvons-nous établir la valeur des différentes méthodes thérapeutiques?

Due au bacille tuberculeux, c'est-à-dire à un des plus résistants parmi les microbes connus, maladie rebelle et récidivante, cette affection atteint la peau et cependant nous ne pouvons juger *seulement* par l'aspect extérieur de l'état réel des tissus, car nous savons que la maladie est profonde, et que de nombreux médecins, des dermatologistes même ont publié des cas de guérison, qui étaient suivis au bout de quelques mois de récidives et pour lesquels on n'aurait dû parler que de guérison apparente. Il n'y a guérison qu'à la condition d'une stérilisation totale, profonde et non seulement superficielle. Nous ne pourrons en juger que de deux manières : par un examen microscopique *profond* (encore faudrait-il théoriquement qu'il soit fait en plusieurs points), ou avec le temps. Pour affirmer la guérison complète d'un lupus tuberculeux, il faut qu'un dermatologiste sachant reconnaître la présence de lupomes dans une cicatrice ne puisse en trouver un ou deux ans après l'époque où leur disparition a été notée (1).

Bref, en soignant par une méthode déterminée un certain nombre de lupiques, en attendant après la guérison apparente le temps nécessaire pour pouvoir affirmer dans la mesure possible que cette guérison est réelle, on peut avoir une base de jugement et comparer cette méthode à une autre étudiée de la même manière. Ce n'est pas un travail difficile dans les grands hôpitaux dermatologiques.

Or, en ce qui concerne les lupus tuberculeux et érythémateux, nous ne pouvons faire de comparaisons parce que nous n'avons pas sur les méthodes anciennes de statistiques indiquant sur un nombre de malades soignées par l'une ou l'autre combien de fois, en combien de temps la guérison apparente a été obtenue, et sur combien de malades cette guérison s'est maintenue assez longtemps pour qu'on puisse parler de guérison réelle.

Cette comparaison étant impossible à faire, sur quelles bases peut se guider le médecin qui doit soigner un lupique ou lui donner une direction de traitement? Il n'en a qu'une, c'est la confiance qu'il accorde à tel ou tel auteur, à tel ou tel livre. Les affirmations d'un dermatologiste détermineront sa conduite et la direction qu'il donnera aux malades.

Cependant si, après avoir étudié un auteur, le médecin en étudie un autre, il ne saura souvent plus que faire. S'il lit un traité de thérapeutique, il trouvera des affirmations,

(1) Encore faudra-t-il toujours tenir compte : 1° de cas où des bacilles restés dans la profondeur n'auraient pas été détruits et ne manifesteraient leur vitalité qu'au bout d'un temps plus long : 2° de cas où de nouveaux bacilles seraient apportés dans la peau : par exemple des bacilles présents sur la muqueuse nasale (et on sait que c'est l'origine habituelle du lupus) peuvent essaimer par les voies lymphatiques et amener la formation de lupomes nouveaux. *Toutes les méthodes actuelles se heurtent à cette difficulté, qui est égale pour toutes, et on ne peut les comparer sans en tenir compte.*

mais non des preuves. Sil en lit deux, il ne saura plus que faire; encore moins si, des ouvrages français, il se reporte aux ouvrages allemands et anglais.

Le résultat est simplement celui-ci, c'est qu'avec des méthodes, peut-être excellentes, les malades sont soignés de la manière la plus désordonnée, *au hasard* de l'impression du médecin qui les dirige, pis encore, au hasard des impressions successives des médecins qu'ils consultent successivement. Qu'on m'explique pourquoi les hôpitaux comme l'hôpital Saint-Louis sont pleins de lupiques qui y passent leur vie entière!

Il existe cependant un autre moyen de jugement. Il est *de fait* que le lupus tuberculeux est *souvent* incurable par les procédés anciens (1). Dans quelle mesure ? Nous ne saurions le dire, mais il suffit de franchir le seuil de l'hôpital Saint-Louis pour être convaincu. Il est certain que fréquemment les anciennes méthodes ont été mal appliquées, mais souvent aussi le traitement a été fait par des dermatologistes compétents et d'une manière assidue. Or une méthode qui, d'une manière courante, guérit des cas incurables par les autres méthodes paraît avoir par cela même une supériorité certaine; elle l'a et l'aura tant qu'on n'a pas montré en nombre suffisant des cas rebelles à cette méthode et guéris par une autre, ancienne ou nouvelle, peu importe.

Dans tout ce qui précède, je me suis mis uniquement au point de vue de la question de la guérison — qui doit être tranchée avant toute autre. La comparaison au point de vue de toutes les autres questions et même de la question esthétique ne peut être faite qu'entre méthodes curatives, et lorsqu'il est démontré que ces méthodes sont également curatives à peu de chose près (2).

Une méthode originale, la photothérapie, ayant été proposée depuis quelque temps, nous voulons juger sa valeur. Nous savons qu'elle mérite d'être étudiée; mais ce qui nous importe c'est autre chose, c'est de savoir dans quelle mesure elle est dans tel ou tel cas supérieure ou inférieure aux méthodes anciennes.

Or, celles-ci n'ayant jamais été été étudiées d'une manière méthodique, la supériorité, l'infériorité de la photothérapie ne peut être démontrée directement et ne pourrait être établie, à l'heure présente; et les médecins qui ont à soigner un lupique devraient comme auparavant, se livrer aux affirmations de tel ou tel auteur sans avoir de moyen de jugement personnel. La comparaison peut seulement être faite entre la photothérapie et l'extirpation; elle est tout à l'avantage de la première, si l'on compare les chiffres fournis par Finsen et ceux fournis par Lang.

Heureusement, il y a un moyen décisif de jugement, celui que j'ai proposé dans la communication que j'ai faite en avril dernier, et à laquelle je renvoie.

Un grand nombre de lupiques sont incurables par toutes les méthodes, poursuivies même avec régularité, continuité, et pratiqueés avec soin par des médecins compétents.

Des lupiques guérissent par la photothérapie d'une manière fréquente. Il est logique d'en déduire la supériorité de la méthode de Finsen.

Pour ma part, j'attendrai pour juger la supériorité d'une méthode quelconque sur la méthode de Finsen qu'on m'ait montré un nombre suffisant de malades, non guéris par

(1) C'est là un point essentiel, sur lequel on ne saurait trop insister pour les médecins praticiens. Il est regrettable qu'il ne soit pas mis en relief dans les traités de dermatothérapie ou qu'on y parle trop comme si le médecin devait se contenter de *soigner* une maladie qu'il doit avoir l'ambition et la volonté de *guérir*.

(2) Tout procédé de traitement du lupus qui est un procédé d'amélioration doit être rejeté de la thérapeutique régulière de cette maladie, et ne peut être employé que dans les lupus incurables, ou comme préparation à l'emploi d'une méthode curative. C'est le cas, par exemple, du permanganate de potasse.

la photothérapie, bien faite, pendant un temps suffisant, et guéris par une autre méthode, cela, non seulement en apparence, mais d'une manière définitive. Ce sera par exemple le moyen de juger dans quelque temps la valeur réelle de la radiothérapie.

En m'appuyant sur les bases que j'ai posées, il m'est maintenant permis d'examiner quelques opinions émises sur la photothérapie, et de montrer leur valeur réelle.

En juin 1902, M. Danlos a présenté ici même trois lupiques dont une traitée par la photothérapie et qu'il déclarait peu améliorée, et deux, traitées par d'autres procédés. Il a déclaré que ces malades n'auraient pu retirer de bénéfices aussi rapides de la photothérapie. Voici une première objection ; ces bénéfices si rapides sont-ils des bénéfices réels ou seulement apparents? Mais en outre, pour les personnes présentes, une *impression* est restée qui me paraît traduite ainsi : Voilà enfin des méthodes supérieures à la photothérapie et voici une malade qui est dans un bien mauvais état malgré la photothérapie !

Il me serait facile de vous amener deux malades traités par les rayons chimiques après échec des autres méthodes et guéris, et un malade non encore traité par la photothérapie et en très mauvais état. Je produirais ainsi une *impression* contraire à celle qu'à déterminée M. Danlos. Mais, en vérité, je ne voudrais tirer aucune conclusion d'une sélection ainsi faite.

Pour juger, de mon côté, les procédés de M. Danlos, j'attendrai qu'il ait bien voulu traiter vingt malades par l'un d'eux, vingt par l'autre, et qu'il les montre à diverses périodes du traitement et six mois après la guérison s'il l'obtient. Un travail de ce genre exige un an ou plus, mais il mérite d'être fait ! La Société de Dermatologie pourra alors se prononcer en connaissance de cause. Pour ma part je ne demanderai même pas à M. Danlos de guérir les cas rebelles à la photothérapie, alors que celle-ci guérit les cas rebelles aux autres méthodes !

Aujourd'hui nous ne pouvons comparer les résultats obtenus par M. Finsen sur plus de 900 malades et ceux de M. Danlos sur deux lupiques par deux procédés.

En ce qui concerne la malade peu améliorée par la photothérapie, ce qu'a dit M. Chatin suffit à juger de la gravité du cas. Il est trop facile de trouver à l'hôpital Saint-Louis des lupiques incurables par tout autre procédé et de les prendre comme base de jugement de la photothérapie.

En mai 1902, à propos d'une note de M. Hallopeau sur le traitement du lupus par le permanganate de potasse, M. Barthélemy a écrit qu'il n'avait pas vu de guérisons définitive dans des cas de lupus étendus et anciens traités par la photothérapie — mais seulement des guérisons durables. Je me suis demandé s'il n'y avait pas d'erreur d'impression dans le texte de notre collègue; la photothérapie est une méthode nouvelle; en France son application régulière date d'un peu plus de deux ans ; si M. Barthélemy a déjà observé des récidives dans les lupus qu'il a vus guéris par la photothérapie, il ne peut parler de guérisons durables ; s'il n'a pas observé de récidives, comment déclarer que ces guérisons ne sont pas définitives?

Pour ma part, après avoir soigné un grand nombre de lupiques, je déclare m'en remettre sur cette question de la récidive à l'autorité de M. Finsen. Lorsqu'un homme a soigné pendant des années des centaines de malades, avec un soin et une méthode admirables, lorsque les travaux qu'il a publiés portent, comme c'est le cas, la marque de la rigueur, de la probité, et de la précision scientifique la plus absolue, il me paraît que tout le monde lui doit de ne le combattre qu'avec une rigueur et une précision aussi grandes, en opposant seulement des faits aux faits, et en ne produisant jamais d'affirmations sans les étayer d'une manière précise. Pour ma part, j'ai été à Copenhague et j'ai vu des

lupiques guéris depuis un ou deux ans chez lesquels je puis affirmer n'avoir trouvé aucune trace de récidive. Sur un cas je n'aurais pu juger que les guérisons produites par la méthode définitive en raison des causes de récidive exceptionnelles que j'ai mentionnées plus haut. Mais dans l'ensemble, et avec ce que je connais du lupus, je considère que la majorité de ces guérisons étaient définitives.

M. Lenglet a récemment consacré dans la Pratique Dermatologique un article fort important au lupus. Je regrette qu'il ait écrit une phrase qui se trouve en désaccord avec les conclusions qu'il pose lui-même plus loin. M. Lenglet dit, « que le fer et le feu donnaient depuis des années entre les mains de Vidal, Besnier, Brocq des résultats *égaux* à ceux que donnent à l'heure actuelle la méthode de Finsen et la radiothérapie. » Une telle formule pourrait induire en erreur ; nous n'avons malheureusement pas pour combattre le lupus tuberculeux tant de procédés entre lesquels nous puissions choisir, pour guérir les malades, et il est impossible qu'on les mette sur le même pied ; en fait, les uns conviennent dans certains cas, les autres dans d'autres, ils ne sont pas égaux entre eux. Je renvoie M. Lenglet à ce que j'ai dit plus haut sur la supériorité de la photothérapie et sur les raisons que j'ai d'y croire. Plus loin, M. Lenglet émet un jugement qui me paraît se rapprocher davantage de la vérité en écrivant ceci :

« A l'heure actuelle, cette méthode paraît être supérieure à celles qui ont été préconisées jusqu'ici ; elle est certainement préférable à la radiothérapie et surtout au traitement par les courants de haute fréquence. Elle donne des succès plus parfaits et beaucoup plus nombreux. Elle est applicable à la grande majorité des lupus. Son inconvénient le plus grave est d'être une méthode essentiellement urbaine, mais déjà, grâce à l'appareil simple de Foveau de Courmelles et de Lortet Genoud, on peut songer à traiter les lupus par cette méthode partout où existe une source industrielle d'électricité, la dépense est pour le médecin, assez modérée. Toutes ces conditions font telles que, cette méthode est, sans doute, appelée à un avenir considérable, si on en juge par ses autres avantages. Elle est, en effet, indolore, pendant son application, mais les douleurs consécutives sont parfois violentes. Sa grande supériorité sur toutes les autres méthodes est de déterminer la guérison des lupus non exedens rebelles contre lesquels échouent presque toutes les autres thérapeutiques. Les guérisons qu'elle procure se maintiennent aussi bien que celles que peuvent fournir les méthodes caustiques et la plupart des méthodes sanglantes. Les nodules lupiques sont atteints dans la profondeur mieux que par tout procédé sanglant *à la seule condition que les tissus soient au préalable rendus bien exsangues par la compression*. Enfin, les cicatrices sont aussi belles que celles qu'on peut obtenir par les meilleures scarifications. Si quelques perfectionnements permettent de diminuer le nombre et la durée des séances, il faudra, semble-t-il, à l'heure actuelle, lui accorder le premier rang dans la thérapeutique du lupus, au moins pour les malades de la ville. »

M. Lenglet donne cette fois à la photothérapie une place importante parmi les méthodes curatives du lupus. Sur quelques points de détail et surtout sur la question de technique (1), je ne suis pas, en ce moment, tout à fait d'accord avec son article écrit en 1901 ; je n'insisterai que sur la question des douleurs que je n'ai pas observées pour ma part ; quelques malades se plaignent de migraines après le traitement.

Dans une communication récente, le Dr Le Blond a présenté à la Société de médecine du IXe arrondissement, une malade atteinte de lupus datant de trente ans et guérie en

(1) Cette question est maintenant à l'ordre du jour. Il résulte d'expériences de Finsen que les appareils où il n'y a pas de concentration des rayons lumineux, et plus encore ceux qui produisent surtout des rayons ultra-violets ne donnent pas les résultats thérapeutiques qu'on peut attendre des appareils de concentration (V. Leredde. La technique de la photothérapie à Copenhague. *Société de Dermatologie*, décembre 1902).

soixante-dix jours par la résorcine et l'acide vanadique. Il faudrait que le Dr Le Blond puisse montrer de nouveau sa malade au bout d'un certain temps, pour qu'on puisse s'assurer qu'il s'agissait d'une guérison réelle et non d'une épidermisation.

J'aurais pu trouver ailleurs des communications sur le traitement des lupus faites d'une manière un peu trop rapide et concluant sans preuves suffissantes. Mais je serais peut-être accusé de faire des personnalités alors que ce qui m'importe seulement, c'est d'insister sur la difficulté réelle du sujet, sur la nécessité de ne pas conclure sans documents suffisants et sans étude prolongée, sur la méthode qu'on doit suivre pour juger des procédés thérapeutiques, et faire un peu avancer l'étude d'une question aussi essentielle au point de vue pratique.

II

Le travail précédent, communiqué à la Société de Dermatologie au mois de novembre dernier, et une longue discussion sur le traitement mercuriel, à laquelle j'ai pris part comme rapporteur à la Société de thérapeutique m'ont conduit à quelques réflexions générales sur la thérapeutique que je me permets d'exposer maintenant.

Il est impossible de ne pas être frappé du nombre extraordinaire de travaux qui sont publiés tous les jours en médecine, en thérapeutique en particulier, du labeur qu'ils représentent, et des progrès trop peu considérables qu'ils amènent. Quelques-uns seulement ont une portée réelle; je suis peut-être trop catégorique en pensant que beaucoup sont inutiles, mais si je le pense, je dois le dire.

Je crois que beaucoup d'auteurs écrivent et publient, sans se défier suffisamment de leur propre jugement, et, ce qui est pis, avec une confiance beaucoup trop grande dans le jugement des autres, lorsqu'il vient appuyer le leur propre.

L'histoire des progrès de la médecine sera plus tard comprise comme une lutte perpétuelle, toujours renouvelée contre l'esprit d'autorité en matière scientifique et d'un effort extrêmement pénible pour introduire des méthodes exactes dans l'étude des phénomènes biologiques normaux et pathologiques chez l'homme.

Dans les sciences physiques et chimiques, toute affirmation comporte une preuve. Signée de Berthelot, d'Ampère ou de tout autre homme de génie, elle est nulle et non avenue tant que la démonstration ne peut être donnée à tous ceux qui se placent dans les conditions d'expérience indiquées. Les déductions peuvent être erronées, mais ces déductions mènent à de nouvelles expériences qui contrôleront leur exactitude.

Dans les sciences médicales il n'en est pas ainsi et il ne peut en être exactement de même. Tout travail comporte des affirmations et souvent il est impossible d'en donner la preuve. Un médecin qui a pris une observation en déduit des conséquences; elles peuvent être justes, elles peuvent être fausses, mais souvent, personne ne pourra les contrôler, s'il s'agit d'un cas un peu exceptionnel, comme il arrive souvent.

De là l'influence extraordinaire, monstrueuse, oppressive qu'a toujours exercée la parole du maître en médecine. Le médecin, partagé entre des occupations multiples, qui, souvent, a peu le temps de penser, et auquel les livres, les travaux publiés ne s'efforcent pas de donner le moyen de penser librement, a pris, à toutes les époques, l'habitude de s'en remettre à tel ou tel auteur. Or toujours, aujourd'hui comme hier, hier comme autrefois, le maître s'est trompé. Que reste-t-il de définitif des travaux des plus grands médecins du siècle dernier et des siècles précédents? Sans doute, peu à peu, des faits positifs s'accumulent, la science médicale se crée, mais que de déchets, que d'efforts perdus, que d'erreurs à côté de quelques vérités !

Je crois pouvoir dire qu'en médecine une opinion individuelle est sans aucune valeur, et que jamais nous ne devons lui reconnaître un caractère scientifique.

Toute affirmation, signée de n'importe qui, et du plus grand parmi les médecins qui aient existé, n'a de valeur scientifique que le jour où le contrôle en a été rigoureusement fait. De là le droit et le devoir de tous de désirer ce contrôle, et d'indiquer en écrivant les conditions dans lesquelles il peut être fait.

Un travail médical aura des chances de demeurer et de conserver une valeur, d'autant plus que l'auteur s'efforcera de préciser et d'exposer sa méthode de travail et de jugement, et permettra la critique la plus serrée, la plus âpre même et le contrôle le plus minutieux. Et dans cet effort, il trouvera lui-même une garantie contre des impressions auxquelles il tend à attribuer une valeur et qui peu à peu, inconsciemment, deviennent pour lui-même des convictions.

Sur le traitement mercuriel, un grand nombre de travaux que j'ai lus, anciens et réents, me paraissent sur beaucoup de points sans portée scientifique, parce que, à toutes les pages, les auteurs ont appel à la confiance qu'ont les lecteurs en leur opinion propre et dans la rectitude de leur observation. Or s'ils avaient pensé que ceux qui les liraient n'auraient et n'étaient obligés d'avoir en eux aucune confiance, s'ils avaient pensé que toujours, à toute heure, en présence de tout malade ils pouvaient se tromper dans leur observation, que tous leurs raisonnements pouvaient être erronés, et que tout ce qu'ils croiraient pouvait être en contradiction avec l'opinion, mieux peut-être même fondée d'autres auteurs, ils auraient peut-être cherché à contrôler de plus près leurs méthodes de travail et de jugement, et voulu permettre à tous les autres d'en faire le contrôle.

C'est là, soit dit en passant, l'utilité réelle des discussions dans les Sociétés « Savantes ». Elles ne valent que lorsqu'elles provoquent un conflit réel entre diverses opinions et lorsqu'elles obligent chacun à justifier la sienne.

Les divergences qui séparent les syphiligraphes sur les divers points relatifs au traitement mercuriel se sont expliquées pour moi au cours de la discussion de la Société de Thérapeutique, 1°) parce que les uns et les autres n'ont pas cherché à prendre une base de jugement, ou que l'ayant prise, ils ne l'ont pas exposée dans les travaux, par suite qu'ils n'ont pas contrôlé leur opinion personnelle ou n'en ont pas permis le contrôle à d'autres. 2° parce que les uns et les autres ont eu foi en l'autorité de tel ou tel maître : lorsque les arguments manquent à l'appui d'une opinion, on les remplace par une citation bibliographique !

Au cours de la discussion, dont je viens de parler, où je me proposais d'amener un progrès, de mettre une question scientifique au point, de modifier les anciens errements, et de permettre même de nouveaux progrès, j'ai cherché un critérium, une base de jugement, et je l'ai exposée dans une note communiquée à la Société de Thérapeutique le 22 octobre 1902. J'ai déclaré que j'attachais une importance au point de vue thérapeutique aux doses seules de mercure introduites dans l'organisme : j'ai exposé les arguments favorables et même les arguments contraires. Je n'ai cité personne, parce qu'on aurait pu me répondre, comme il est toujours facile de le faire, par une citation contradictoire. Sur la valeur du critérium que j'ai proposé, de la méthode qui doit présider à la détermination des règles du traitement mercuriel, j'ai exposé ma pensée entière, sans réticences; maintenant que je l'ai fait, je pense qu'on peut me prendre en flagrant délit d'erreur, montrer que je me suis trompé d'une manière complète. Mais cela fait, la discussion aura servi à quelque chose, et demain on connaîtra mieux la question qu'on ne la connaissait hier.

De même dans les notes que j'ai publiées sur le traitement du lupus, dans celle que je publie aujourd'hui même, je crois avoir cherché avant tout à exposer mes bases de jugement, à permettre le contrôle et la critique. Et si le contrôle et la critique démontrent que je me suis trompé sur tel ou tel point, un progrès en sera déduit, et un changement qui sera utile aux malades.

J'exposerai pour finir, quelques observations plus particulières.

Il n'y a pas, en thérapeutique appliquée, de vérité absolue — mais une vérité relative, exposée comme telle, a la même valeur philosophique qu'une vérité absolue. Car la vérité *est ou n'est pas*.

Nous ne devons pas parler de thérapeutique comme si nous pensions dire le dernier mot sur une question. Le traitement de toute maladie doit toujours être en évolution progressive — il en est ainsi sans doute, mais ce qui importe aux malades et à la médecine, c'est que cette évolution soit le plus rapide possible; nous devons donc rechercher ce qui la retarde et, quand nous en aurons pris conscience, y porter remède.

Une méthode thérapeutique ne peut-être justifiée que par comparaison. Les médecins ont l'habitude de parler avec quelque ironie des statistiques chirurgicales; cependant le principe de la statistique ne peut être discuté; on ne peut contester que ses applications dans chaque cas particulier, et une statistique vaut lorsqu'elle donne tous les moyens de contrôle; lorsqu'une seconde statistique, également susceptible de contrôle a été publiée, le public a un moyen de jugement.

Pouvons-nous faire de même en thérapeutique médicale? je ne sais si c'est toujours possible; en tout cas nous devons le faire quand nous le pouvons.

Pour cela, nous devons toujours faire porter l'expérimentation thérapeutique sur un grand nombre de cas; un fait isolé n'a de valeur que s'il s'agit d'un symptôme incurable ou d'une maladie incurable, encore comporte-t il toujours la possibilité d'une erreur de diagnostic. Cependant nous voyons tous les jours publier des observations thérapeutiques reposant sur un seul cas. Le nombre des cas étudiés doit-être d'autant plus considérable que la maladie est plus bénigne et plus irrégulière d'évolution. Lorsque, dans le traitement d'une maladie déterminée, diverses méthodes thérapeutiques ont été publiées, nous devons encore chercher à juger par comparaison et prendre comme règle lorsque c'est possible d'en étudier, non pas une, mais deux et de juger entre elles.

L'important en thérapeutique n'est pas seulement de trouver des méthodes nouvelles, mais de déterminer lesquelles on doit préférer parmi les méthodes anciennes. Nous accordons beaucoup trop de valeur aux travaux, dits originaux, dans lesquels on expose un procédé thérapeutique nouveau, et beaucoup trop peu à ceux dans lesquels on établit la valeur, les indications *et les contre-indications* d'un procédé connu.

Comme tous les jours on a affaire à des maladies curables, à des symptômes curables, du seul fait de l'évolution naturelle, tous les jours on peut croire qu'un procédé *quelconque* a été efficace. L'impression du médecin se change en certitude peu à peu, s'il a quelques cas favorables et, comme il n'a pas une perception assez précise de la facilité avec laquelle il peut commettre des erreurs initiales de jugement, il est amené à affirmer publiquement son opinion, qui prend une valeur lorsque son auteur a acquis de la notoriété. Chose étrange, ceux qui écrivent des travaux de thérapeutique se rendent souvent un compte exact des erreurs de jugement dans lesquelles ont pu tomber les auteurs dont ils n'approuvaient pas les conclusions !

Lorsque, dans une maladie il existe des formes graves, c'est sur celles-là que nous devons juger de préférence la thérapeutique. C'est ce que j'ai proposé à la Société de Thérapeutique de faire pour le traitement mercuriel chez les syphilitiques, beaucoup d'erreurs sur ce traitement étant dues à ce que les auteurs avaient jugé l'effet du traitement sur des accidents bénins, ou sur des accidents d'évolution irrégulières, et tels qu'on ne peut dans chaque cas savoir quel est l'effet des réactions curatives naturelles et des agents thérapeutiques de l'autre. C'est également sur les cas graves de lupus qu'on peut juger le mieux la supériorité d'une méthode sur une autre.

(Communication à la Société de Dermatologie, Novembre 1902.)

ainsi qu'une autre fois je n'ai pas été satisfait d'avoir seulement enveloppé de linges gras une entorse que je ne pouvais masser au premier moment.

Au contraire, une fracture de jambe à la partie moyenne, abondamment arrosée d'huile au moment où je la plaçais dans une gouttière n'a présenté qu'une ecchymose insignifiante quand, le cinquième jour, j'ai dû refaire l'appareil.

Au contraire une entorse médiotarsienne enveloppée d'une mixture d'huile d'olive et de salicylate de méthyle à parties égales a été si rapidement améliorée que le patient a pu reprendre son travail le dixième jour, contrairement à mon pronostic.

Mais, en présence de ces deux derniers succès, je dois rester sur la plus grande réserve. Dans le dernier cas, par exemple, j'avais pu me tromper sur la gravité du cas. Dans le fait qui précède, le blessé avait 64 ans et l'hémorragie osseuse peut être très faible à cet âge.

J'ai tenu cependant à consigner ces faits ici : s'ils ne peuvent guider le chercheur dans cette voie peu explorée, ils serviront au moins à limiter l'usage quotidien de l'huile pour prévenir et guérir les ecchymoses et les hématomes collectés.

Je dois rappeler, en terminant, que l'on trouve fréquemment dans les récits du vieux temps quelque anecdote comme celle-ci : « Et la blonde et charitable dame, ayant envoyé « son page quérir en son armoire secrète les onguents favorables, commença par oindre « d'huile doulce le corps moulu du pauvre chevalier. »

J'ai aussi le souvenir des athlètes *oints d'huile* avant et *après* le combat.

Quel est le mécanisme de cette action de l'huile étendue sur la peau? Comment ce médicament externe agit-il, à la fois, comme hémostatique à distance et comme provocateur du processus de résorption?

Je ne sais!

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 26 novembre 1902

Présidence de M. Sevestre

M. Danlos, à propos de la discussion concernant les *injections mercurielles*, fait remarquer que les deux ampoules de cacodylate de mercure, qui avaient donné à l'analyse des résultats différents, dont il a parlé dans la précédente séance, provenaient d'une même boîte d'échantillons; ce produit semble donc fort variable dans sa composition. Il est certain, d'un autre côté, que les accidents graves dus aux injections sont rares, mais il faut cependant se rappeler que jusqu'ici, seuls les spécialistes, pour ainsi dire, font des injections de ce genre : qu'arriverait-il si tous les médecins y recouraient? En outre, il est nécessaire de n'opérer qu'avec des produits absolument purs, ce qui peut être parfois difficile à réaliser.

Il est certain que, grâce aux injections de sels solubles, la durée du traitement est un peu plus courte qu'avec les anciennes méthodes, mais cet avantage peut-il balancer les inconvénients de ces sels? On a dit aussi qu'on évitait avec elles le tertiarisme, mais rien n'est moins démontré.

En somme, il nous manque des statistiques étendues, bien faites, concernant tous les procédés et tous les sels de mercure, tenant compte de l'influence exercée par l'hérédité, l'alcoolisme, etc. Il faudrait encore enregistrer, à titre de comparaison, les cas où le traitement a été nul ou notoirement insuffisant. On voit en effet que des cas de ce genre guérissaient souvent fort bien.

M. Leredde affirme que la matière du sel injecté est sans importance, et que le résultat thérapeutique dépend uniquement de la quantité de mercure assimilée par l'organisme. Cette assertion semble hasardée, car la nature du médicament joue certainement un rôle. A doses égales, le cyanure provoquera des effets différents de l'iodure double de mercure et de potassium, et celui-ci sera moins actif que le biiodure. Le phénylacétate, produit nouveau, semble, même à hautes doses, être dépourvu d'effets toxiques.

L'orateur se défend d'avoir, dans ses expériences, employé des doses trop faibles.

A propos de la parasyphilis, il n'y a pas lieu d'abandonner cette doctrine : l'intoxication syphilitique paraît préparer le terrain sur lequel se développeront soit le tabès, soit la paralysie générale. Si tel n'était pas le cas, comment expliquerait-on, par exemple, qu'en Bosnie, où 80 0/0 des habitants sont atteints de syphilis, on n'observe pas ces affections, alors que les malades ne se soignent jamais?

Si le traitement spécifique a paru produire des améliorations dont on a fait grand bruit, on peut expliquer ces cas par des arrêts d'évolution, dont tout praticien connaît aujourd'hui des exemples. L'orateur a du reste traité sans succès des ataxiques par les injections de calomel, et Fournier a guéri 1 malade sur 1.300.

Pour la paralysie générale, l'orateur n'a pas d'expérience personnelle, mais plusieurs aliénistes ont reconnu que le traitement spécifique donne un coup de fouet à l'évolution de la maladie. L'orateur a vu, dans deux cas de paraplégie spasmodique, le traitement spécifique augmenter les accidents.

M. Désesquelles ne croit pas démontré que tous les composés mercuriels se transforment, comme le veut le Pr Pouchet, en chlorure mercurique, puis en chloralbuminates, et que le mercure soit toujours éliminé dans un état qui permette de le déceler facilement dans les urines.

M. A. Robin a cru, lui aussi, à la parasyphilis : aujourd'hui, il est revenu absolument sur cette opinion. Par un traitement spécifique administré à temps, on peut guérir le tabès et la paralysie générale, ou au moins les améliorer beaucoup. Depuis que l'orateur institue des traitements énergiques chez ses malades, il voit de nombreux résultats. Quand Fournier croyait faire un traitement énergique avec les frictions d'onguent napolitain et l'iodure à hautes doses, il était dans l'erreur, ce procédé n'est pas énergique. En outre, l'iodure de potassium ne doit jamais être donné à ces malades, car il provoque des accidents congestifs graves. Donc, les traitements ont été jusqu'ici mal faits, parce qu'ils ont été constitués trop tard, insuffisamment intensifs, et additionnés d'iodure de potassium.

M. Danlos, à propos des deux malades atteints de paraplégie spasmodique dont il a parlé, réplique qu'il n'a pas donné d'iodure et que cependant le calomel en injection a aggravé l'état de ces malades.

M. Lereddé fait remarquer que les opinions de Fournier ont varié sur la question et qu'en 1882 il accordait au traitement spécifique une action sur les affections qu'il appelle parasyphilitiques.

M. Dignat, à propos de l'*établissement du régime chez les bien portants*, considère que l'alimentation trop abondante peut produire des troubles profonds dans l'organisme. Mais la ration d'entretien varie dans de grandes limites, et il est impossible de la fixer *a priori*. Chez les animaux, il en est de même, car on voit, dans un régiment de cavalerie, les chevaux ne pas se contenter tous du même régime alimentaire, bien que toutes les autres conditions soient les mêmes.

Les arthritiques, par exemple, ont souvent besoin de beaucoup manger, et on les expose à des troubles graves si on veut limiter leur alimentation.

En résumé, une formule invariable, basée uniquement sur le poids du sujet, exposerait celui qui l'adopterait à de nombreux déboires ; en outre, le public, sans cesse à l'affût des questions médicales nouvelles, risquerait d'en faire une expérience désavantageuse.

M. Bardet fait remarquer qu'il a simplement voulu attirer l'attention de la Société sur le fait que l'on peut, en mangeant beaucoup moins qu'on ne le fait, subvenir amplement à ses dépenses organiques ; la viande surtout peut être aisément remplacée par le sucre.

M. Barbier croit que dans une question aussi vaste, il y a lieu d'introduire une méthode d'examen qui tienne compte de tous les facteurs. Il y a de nombreuses variations de race, de famille, on ne saurait généraliser des cas particuliers. Pour établir la ration de l'homme bien portant, il faut, en premier lieu, bien définir ce qu'on entend par ce dernier terme. L'homme bien portant doit présenter des fermentations intestinales normales, un fonctionnement parfait des glandes annexes du tube digestif, une circulation sanguine normale, un système nerveux bien équilibré, etc.

Le besoin d'aliment varie suivant l'âge, le sexe, la taille, et les habitudes alimentaires prises dès l'enfance.

L'orateur a reconnu que la dyspepsie est fréquente chez les enfants suralimentés : on observe aussi, qu'après une gastro-entérite infectieuse, des rechutes se manifestent quand on veut aller trop vite dans l'alimentation du convalescent.

On distinguera en outre entre les petits et les gros mangeurs, chez les bien portants. Il y a là une différence d'utilisation des aliments, qui peut varier dans de grandes limites.

On sait d'un autre côté, par des expériences sur les animaux, que lorsqu'on augmente la ration d'azote, l'organisme élimine de l'azote en plus grande quantité; il y a symétrie dans l'assimilation et la désassimilation : l'accumulation d'albumine ne se produit pas.

M. Huchard est convaincu que notre régime actuel est déplorable ; le régime lacto-végétarien, que l'orateur a adopté depuis 15 ans, est bien supérieur au régime carné qui est la cause de nombre d'affections morbides, parmi lesquelles l'artériosclérose domine la scène.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux.

Traitement du tétanos, par VALLAS (de Lyon). (*Rapport au XVe Congrès de l'Association française de Chirurgie*, 20 au 25 octobre 1902). — Après avoir passé en revue le traitement ancien, Vallas étudie le traitement moderne du tétanos, et plus particulièrement la sérothérapie et la méthode de Baccelli. La *sérothérapie* a une *valeur préventive* : dès 1895, Nocard avait montré, en traitant préventivement des animaux menacés de tétanos par une plaie accidentelle ou opératoire, qu'aucun de ces animaux n'avait succombé au tétanos, alors qu'un grand nombre de cas de tétanos furent observés chez des animaux non traités : ces données furent vérifiées en 1897 : sur 2727 chevaux traités préventivement aucun ne contracta le tétanos.

Chez l'homme, les chirurgiens emploient la sérothérapie préventive, et ont conscience d'éviter un certain nombre d'accidents. Cinq cas malheureux ont cependant été observés, mais ils ne prévalent pas contre la longue série des cas favorables.

Le meilleur procédé à suivre consiste à faire une injection de dix centimètres cubes le premier jour (l'indication étant posée) une seconde le troisième jour, enfin une troisième le dixième jour. Dans le cas où la plaie tétanigène persisterait longtemps, il est prudent de renouveler l'inoculation tous les quinze jours.

Quelle est la *valeur curative de la sérothérapie* ? Diverses voies ont été utilisées pour introduire le sérum anti-tétanique dans l'économie. Aussi les résultats sont-ils variables avec les différents procédés. Par la méthode des injections sous-cutanées Vallas a réuni 373 cas et a noté une mortalité de 39 0/0, les succès se montrent dans les cas chroniques. Cette mortalité moyenne de 39 0/0, est inférieure à celle qui était constatée avec les anciens traitements et atteignait 70 0/0. Il y a donc une action indiscutable de la méthode hypodermique sur l'abaissement du nombre des cas mortels de tétanos : peut-être l'action du sérum est-elle variable suivant les sérums employés. C'est ainsi que la statistique française dans laquelle le sérum usité est celui de l'Institut Pasteur est plus mauvaise que les statistiques ayant trait au traitement par les sérums de Behring et de Tizzoni ou les sérums américains. Doit-on en conclure à une moindre efficacité du sérum français ou à une gravité plus grande du tétanos en France ? Il est difficile de l'affirmer, d'autant plus qu'en France la sérothérapie semble réservée à des cas graves. Le procédé le meilleur consiste à donner de fortes doses d'emblée, 30 à 40 cc. en injections sous-cutanées ou intramusculaires. Beaucoup de malades ont eu 300 et 400 grammes de sérum.

Roux et Vaillard rapportent le premier cas dû à Morax de tétanos traité par *injection intraveineuse* ; il fut malheureux, la statistique globale donne 41,9 0/0 de mortalité ; mais la méthode a été réservée à des cas graves et n'a presque jamais été employée seule. Le manuel opératoire consiste à injecter le sérum dilué dans une grande quantité de sérum artificiel 500 cent. cubes par exemple.

La *méthode intra-cérébrale* de Roux et Borre provoqua de vifs enthousiasmes, qui furent bientôt déçus, car la mortalité fut de 61 0/0 ; les résultats ne sont pas supérieurs à ceux de l'injection sous-cutanée. La méthode a en outre l'inconvénient de déterminer des troubles cérébraux dus à des foyers hémorragiques ou des plaques de méningite au niveau des piqûres.

Quant à la *méthode sous-arachnoïdienne*, s'il est quelques cas heureux, ils doivent céder le pas aux insuccès constatés aussi bien en France qu'en Allemagne.

La *méthode de Baccelli* employée depuis longtemps contre les névralgies, les névrites, fut appliquée par le Professeur de Rome, au traitement du tétanos. Baccelli injecte sous la peau une solution d'acide phénique à 2 ou à 3 0/0 de façon à atteindre une dose de 30 à 40 centigrammes pro die. Des quantités beaucoup plus

fortes ont été employées et cependant les auteurs italiens disent n'avoir observé d'autres accidents que des érythèmes cutanés. Si l'injection est douloureuse, on peut associer à l'acide phénique le camphre ou la glycérine.

Les expériences faites sur les animaux n'expliquent point cette action curative, car elles ont toutes été négatives. Cependant la statistique humaine publiée, annonce 80 cas avec 72 guérisons et huit morts, soit une mortalité de 10 0/0. Vallas fait remarquer qu'il faut se montrer réservé jusqu'à nouvel ordre sur ces résultats, car maintenant les insuccès publiés sont plus nombreux et le taux de la mortalité augmente. Il n'en est pas moins certain, qu'en faisant une critique rigoureuse des cas publiés jusqu'à ce jour, la mortalité n'atteint que 27 0/0.

Des expériences de laboratoire ont fait songer à une sorte d'*opothérapie*, consistant dans l'injection de cerveau préalablement pilé, et émulsionné avec la toxine tétanique. Il importe d'être fixé sur la valeur des expériences sur les animaux avant d'appliquer cette méthode à l'homme.

En terminant, Vallas conclu à l'efficacité indéniable de la sérothérapie à titre préventif, comme moyen curatif, elle est précieuse dans les cas à évolution lente et doit être employée habituellement par voie sous-cutanée.

Le chloral et l'acide phénique constituent des médications auxiliaires, qu'il ne faut point négliger.

P. Sainton.

Tétanos chronique d'une durée d'un mois. Injections de sérum antitétanique. Guérison, par Ingelrans (*Echo Médical du Nord*, octobre 1902). — Le malade qui fait le sujet de cette observation est un homme de 39 ans qui fut pris de trismus, de raideur de la nuque et des muscles de l'abdomen. Les membres supérieurs étaient intacts, le membre inférieur droit était contracturé. Un examen sous le chloroforme ne fit pas cesser les contractures. On pratiqua 3 injections de sérum antitétanique ; un mois après son entrée, le sujet sortait guéri. Il semble qu'on ne puisse pas mettre en doute le diagnostic du tétanos dans ce cas particulier malgré certaines anomalies ; un fait curieux est que chez le malade les contractures n'ont point cédé au chloroforme.

Quelle part revient au sérum antitétanique dans la guérison ? Il est difficile de le préciser ; il faut cependant remarquer que l'amélioration fut indéniable après la première injection : le lendemain de la 2e il apparut de la contracture des grands droits, mais celle-ci céda après une 3e injection. Le rôle curatif du sérum antitétanique est d'ailleurs admis par beaucoup d'auteurs, Tsuzuki, Vallas, Boinet. Tout récemment Fausto et Godinho, d'Ancone, ont fait connaître des cas de guérison du tétanos par l'injection intra-rachidienne de sérum antitétanique, bien que les résultats antérieurs de Sicard, Jaboulay, Heubner n'aient point été très satisfaisants. Ce sont des preuves à l'appui de l'utilité de la sérothérapie dans la cure de l'infection par le bacille de Nicolaïer.

P. Sainton.

Sérum antidiphtérique dans le traitement de l'érysipèle (*Wratch Pratique*, n° 36, 1902). — Alekseieff rapporte deux cas d'érysipèle où le sérum antidiphtérique a exercé une action très favorable sur le processus érysipélateux.

Ajoutons que dans un de ces deux cas, le processus érysipélateux a, de son côté, exercé une action salutaire sur un ulcère furonculeux atonique.

Dès que l'érysipèle fut guéri, l'ulcère furonculeux a changé rapidement de caractère : le fond s'est couvert de granulations, les bords décollés ont adhéré, la suppuration a diminué et l'étendue de l'ulcère a commencé rapidement à diminuer.

J. Roubleff.

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr Chassevant

Professeur agrégé à la faculté de Médecine.

Considérations sur la pathologie et le traitement du diabète sucré (*Réunion des naturalistes allemands, Carlsbad*, 21-27 septembre 1902). — V. Noorden conseille d'éviter l'exagération dans l'alimentation carnée : ce régime favorise l'élimination du sucre et diminue la tolérance pour les hydrocarbures. Les divers albuminoïdes ne présentent pas la même nocivité : l'albumine de l'œuf est inoffensive, l'albumine végétale, la caséine sont nocives, mais l'albumine de la viande est de beaucoup la plus dangereuse. Si l'on administre *une seule espèce* d'albumine à l'exclusion de toutes les autres, les phénomènes morbides sont très peu marqués.

Parmi les hydrocarbures, l'avoine, à condition d'être seule permise, est remarquablement tolérée. Cette alimentation n'est toutefois pas longtemps acceptée des malades et les troubles morbides réapparaissent dès qu'on l'abandonne.

E. Vogt.

Myxœdème et son traitement (*Medicinskoïe Obosrenie* nos 13 et 14, 1902) - Kazem-Bek rapporte deux cas de myxœdème typique chez des femmes (de 43 et 47 ans); la glande thyroïde était atrophiée chez les deux femmes.

L'auteur a d'abord administré la thyroïdine sèche de Merck à la dose de 0 gr. 12 deux fois par jour.

L'action de la thyroïdine a été très satisfaisante; l'état général s'est amélioré, tous les phénomènes pathologiques ont disparu et le poids a diminué. Une de ces deux malades a été observée par l'auteur pendant 5 ans. Chez cette malade, à la suite de différentes commotions psychiques, il y a eu souvent des récidives ou plus exactement des aggravations de la maladie. Pendant un certain temps la thyroïdine a déterminé chez cette malade des phénomènes graves d'intoxication ; on lui administra alors la glande thyroïde crue de veau; la quantité quotidienne ingérée a varié entre 1/2 et 4 glandes.

Le traitement n'a déterminé aucune complication ; on peut même dire que la glande crue a exercé une action plus énergique que la préparation sèche.

L'auteur a essayé l'extrait glycériné de glande de veau à la dose d'une cuillerée à café, 2 à 3 fois par jour. Le résultat n'a pas été très satisfaisant. Au contraire cet extrait a donné un fort bon résultat administré sous forme d'injection sous-cutanée (l'extrait a été préalablement filtré par la bougie Chamberland). L'auteur a pratiqué chez une de ses malades 12 injections (à la dose de 2 à 4 grammes d'extrait par injection).

A la suite de ces injections l'état général s'est amélioré, tous les phénomènes pathologiques (dyspnée, palpitations, lassitude) ont disparu, le poids a diminué de 5 kilos environ.

Ajoutons que cette malade a été tellement améliorée qu'elle est devenue enceinte et qu'elle a accouché à terme d'un enfant parfaitement développé.

J. Roubleff.

Greffe thyroïdienne et ensemencement thyroïdien, par le Dr Christiani (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 20 octobre 1902). — On sait que les greffes thyroïdiennes sur lesquelles la thyroïdothérapie avait fondé quelque espoir ont été rapidement abandonnées, parce que ces greffes finissaient par s'atrophier et que les améliorations qu'on en obtenait cessaient avec la disparition du tissu greffé. M. Christiani qui revient sur ce sujet montre de nouveau que pour obtenir de bonnes greffes il faut suivre certaines règles. D'abord il est préférable d'employer le corps thyroïde d'un animal de la même espèce, c'est-à-dire des greffes autothyroïdiennes par opposition à celles qui se font avec le corps thyroïde d'un animal d'une autre espèce et qui sont dites hétérothyroïdiennes. Celles-ci néanmoins peuvent fournir de bons résultats. En second lieu, M. Christiani insiste, sur ce point que les résultats de la greffe, tant immédiats qu'éloignés, sont différents selon qu'on transplante de petits ou de gros morceaux de tissu thyroïdien: or il y a avantage à greffer toujours des morceaux très petits de la glande. On peut obtenir des greffes vivaces, persistantes, en pratiquant des greffes de petites dimensions. Les grosses greffes ne prennent pas toujours, puis la partie centrale ne se réorganise pas, elle se transforme alors en tissu cicatriciel rétractile qui produit l'atrophie de la greffe. En outre les petites greffes sont plus vasculaires, les alvéoles contiennent plus de substance colloïde.

Quant au choix du lieu de la greffe, il faut préférer les régions très vasculaires. Chez les animaux les transplantations péritonéales sont celles qui réussissent le mieux. Mais chez l'homme cette voie offrirait trop de danger, il faut se contenter du tissu cellulaire sous-cutané. Mais comme la vascularisation de ce tissu est incapable de fournir d'emblée à une grosse greffe thyroïdienne l'énorme quantité de vaisseaux que cette glande exige pour son fonctionnement, on voit de suite qu'il ne faudra chercher à transplanter que de petits fragments de corps thyroïde. Ce sont ces considérations qui ont amené Christiani à pratiquer la greffe en semis ou l'ensemencement thyroïdien : faire les greffes petites et multiples et ne pas les pratiquer toutes dans la même région. Dans ce but l'auteur excise de petits fragments de la glande, grands comme des grains de blé ou un peu plus et les ensemence chacun séparément, dans de petites loges profondes, creusées avec un instrument mousse par une petite incision de la peau, parallèlement à celle-ci, dans le tissu conjonctif sous-cutané; on peut faire quatre à huit greffes à travers une même incision mais en plaçant chacune dans un canal séparé partant radiairement de l'incision. Pour faire l'incision on peut employer l'anesthésie locale. Ces greffes vivaces donnent naissance à de nombreux petits organes thyroïdiens fonctionnant comme des thyroïdes normales. Ce que Christiani démontre par quelques essais c'est la persistance de ces greffes en général et la possibilité de les exécuter chez l'homme avec succès. Si chez les hypothyroïdiens le tissu sous cutané se prête mal à la transplantation, on peut leur faire suivre un traitement thyroïdien préalable. D'un autre côté il serait préférable

de se procurer de la semence thyroïdienne humaine. A l'occasion d'une opération sur le cou, le chirurgien pourrait prendre sans danger quelques petits germes thyroïdiens. Les néothyroïdes enfin sont susceptibles de se développer ultérieurement et de s'accroître. Bien que l'ensemencement ne puisse jamais être d'une méthode exceptionnelle de traitement, il n'en a pas moins un grand intérêt parce qu'il remet en vigueur un procédé qui peut avoir son indication.

J. Jumon

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux.

Intervention chirurgicale dans les coups de feu de l'estomac (*XVe Congrès de chirurgie* 1902). — Lorsque l'estomac a été perforé par un coup de feu, les observations communiquées démontrent que, s'il est aisé de voir et de suturer l'orifice antérieur du projectile, il n'en est pas de même de l'orifice postérieur. C'est qu'en effet, le projectile peut traverser l'organe de part en part, sans que la trace de son passage en arrière puisse être facile à découvrir. Le mieux est alors d'établir un bon drainage, ainsi que l'a fait avec succès M. Souligoux. Mais parfois aussi, la balle demeure dans l'estomac. On ne peut cependant se désintéresser de sa présence dans la cavité de la poche stomacale. Car si la balle peut être retrouvée quelque jours plus tard dans les selles, comme dans un cas de M. Cazin, elle peut aussi demeurer dans l'estomac, après l'avoir contusionné au point d'amener dans la suite une hématémèse mortelle, comme le prouve une observation lue par M. Forgues (de Montpellier).

A. Benoit.

Survie de 4 1/2 ans après une gastro-entérostomie pour carcinome stomacal (*Réunion libre des chirurgiens de Berlin*, 14 juillet 1902). — Wulff a observé un malade, atteint de sténose pylorique : au moment de l'opération, on rencontra un carcinome volumineux du pylore avec métastases péritonéales ; on se contenta en conséquence de faire une gastro-entérostomie. Le malade, entièrement rétabli après divers incidents, reprit toutes ses occupations (il était infirmier), ne suivit aucun régime et mourut sans symptômes, marqués 4 1/2 ans après l'intervention. A l'autopsie, on trouva un carcinome colloïde de dimensions considérables, ayant envahi tout le pylore et le mésentère duodénal.

E. Vogt.

Chirurgie du foie (*XVe Congrès de chirurgie*). — M. Tédenat (de Montpellier) communique 4 cas de grands *abcès du foie* d'origine grippale, contenant plus d'un litre de pus en moyenne. Ce pus était stérile à l'examen bactériologique. Suites opératoires normales.

Un cas de M. P. Delbet (de Paris), ayant trait à des douleurs prolongées pendant 10 ans, chez un sujet féminin, et en ayant imposé pour une lithiase vésiculaire. Or, la laparotomie permit de trouver et de détruire une *adhérence congénitale* assez large entre le foie et la paroi abdominale.

M. Barnsby, également chez la femme, a laparotomisé pour un abcès péri-appendiculaire, alors qu'il s'agissait d'une cholécystite calculeuse, contenant une infinité de petits calculs polyédriques. Cette lésion hépatique n'avait donné lieu qu'à des troubles gastro-intestinaux.

M. Péraire (de Paris) a extirpé une vésicule biliaire distendue par de la bile et contenant des calculs seulement dans sa paroi. Ayant abouché le canal cystique à la paroi abdominale, il put en extraire 27 calculs et faire le cathétérisme du cholédoque. La malade a guéri.

Les fistules qui persistent, après ces interventions, guérissent spontanément dans la plupart des cas.

A. Benoit.

Traitement opératoire de l'échinocoque (*Gazette médicale russe*, n° 30, 1902). — Pour Dalinger, les avantages du procédé Posadas-Bobroff sont assez problématiques, parce que d'abord dans 25 0/0 des cas au moins, il y a possibilité d'infection et de suppuration ; parce que, ensuite, il y a de grandes chances de récidive et d'intoxication par le liquide échinococcique, ce liquide acquérant parfois des propriétés toxiques.

C'est pour ces raisons que Dalinger préfère le procédé Lindeman Jourdanc. Il rapporte 8 cas où ce dernier procédé lui a donné d'excellents résultats.

J. Rousleff.

Traitement de l'appendicite (*Société de chirurgie*, 29 octobre 1902). — M. Mott déclare qu'il règle sa conduite sur l'état du pouls, comme pour les contusions abdominales. S'il y a accélération dès les débuts, il propose l'intervention.

Si le pouls semble bon, il temporise et s'abstient, sauf le cas où, le lendemain, le pouls est trouvé accéléré. Dans ce dernier cas, il opère immédiatement.

La glace, prétend-il, masque l'évolution des symptômes dans les cas douteux. Il se borne à prescrire la diète et le repos.

MM. Segond et Villar (de Bordeaux) interviennent pour affirmer, d'après leurs cas personnels, que, chaque fois qu'il est survenu un désastre, c'est que l'opération, eût-elle été faite relativement tôt (cinquantième heure dans le cas de M. Segond), a été encore trop tardive; les cas de mort sont imputables à la temporisation.

L'application systématique de cette dernière méthode, on peut le concéder à ces auteurs, est un danger. Mais la méthode inverse n'est-elle pas aussi peu soutenable, étant donné les nombreuses et inévitables erreurs de diagnostic qui ont été publiées jusqu'à ce jour ?

A. Benoit.

Histoire et discussion des moyens employés dans le traitement de l'appendicite, par le Dr Juan M. de Aguero (*Thèse de Madrid*, 1902). — Voici les conclusions de l'auteur : 1° L'appendicite est une maladie microbienne, grave, exigeant une thérapeutique active, car malgré l'existence de cas guéris spontanément, on ne peut prédire les cas où cette guérison spontanée se produira;

2° Le traitement médical est inutile; car nous ne pouvons arrêter l'évolution de la maladie, et en même temps il est préjudiciable, car il masque les symptômes;

3° L'expectation armée serait bonne si les symptômes observés pouvaient faire prévoir le plus ou moins de gravité des lésions, mais comme cela n'est pas, il faut la rejeter complètement.

4° L'opération à froid n'est pas acceptable, car nous ne savons pas si l'appendicite arrivera à passer la période aiguë et comme il faut tout de même opérer, il vaut mieux le faire le plus tôt possible.

5° L'opération à chaud après diagnostic certain a contre elle le retard que cette nécessité de poser le diagnostic implique; ce retard peut occasionner la mort du malade.

6° L'intervention prévue, dès l'apparition des premiers symptômes, même en cas de diagnostic incertain, représente la seule thérapeutique vraiment rationnelle.

F. Berini.

De l'intervention chirurgicale dans les formes graves des colites rebelles par Labey (*Thèse de Paris* 1902). — L'idée première de traiter les inflammations ulcéreuses rebelles du rectum et du gros intestin par la création d'un anus artificiel est due à Folet, de Lille (1884). En 1887 Novaro fit à Sienne une première typhlostomie pour colite ulcéreuse en 1887 ; peu après Durante insista sur l'utilité de l'intervention chirurgicale. Viennent ensuite les observations de Mayo Robson (1893), Robinson, Keith, Hale White, Golding, Bird, Lindner, Giordano etc.

Trois sortes de colites ont été traitées chirurgicalement;

Les colites muco-membraneuses, ulcéreuses, dysentériques.

La seule raison qui puisse déterminer un acte opératoire dans les colites graves, c'est l'échec avéré et certain de la thérapeutique médicale bien appliquée et longuement poursuivie.

Les symptômes qui par leur intensité ou leur tenacité peuvent engager à intervenir sont les douleurs et les troubles nerveux qu'elles entraînent, les hémorragies et la faiblesse générale dont elles sont la cause. D'autre part les accidents aigus, (d'occlusion ou de péritonite) peuvent entraîner, quoique rarement, la nécessité d'une intervention.

L'idée directrice du traitement chirurgical c'est la mise au repos de l'organe malade. La colotomie a pour but de supprimer le contact des matières sur les surfaces malades, d'amener par suite la suppression des douleurs et de la contracture, d'empêcher la stase intestinale et de mettre fin aux troubles généraux dus à cette stase.

Une seconde méthode se propose non plus d'ouvrir au dehors une issue anormale au contenu intestinal, mais de raccourcir fonctionnellement le canal intestinal de toute la longueur de la portion malade, c'est-à-dire d'anastomoser la terminaison de l'iléon avec la terminaison du gros intestin, de façon que les matières au lieu de parcourir tout l'iléon, passent directement dans le rectum supposé sain.

L'anus contre nature, la première de ces méthodes, a jusqu'ici été de beaucoup le plus employée (26 fois sur 36 cas). La colostomie a été pratiquée 9 fois à gauche, une fois au niveau du colon transverse ; malgré ces succès il me semble que de parti pris, c'est à l'anus droit, ou même à l'iléostomie, tout près de la terminaison de l'iléon, si le cœcum semble malade, que l'on doit avoir recours dans les cas de colite.

On a profité dans quelques cas de l'anus artificiel pour pratiquer dans l'intestin des injections avec des substances médicamenteuses variées.

La guérison une fois obtenue, il est nécessaire de fermer l'anus créé.

L'entéro-anastomose est une opération définitive, permettant d'exclure une partie du colon; elle est l'équivalent de la gastro-entérostomie pour ulcère gastrique. Cette opération a été pratiquée par Giordano. Les selles au bout de peu de temps prennent un caractère normal. malgré l'exclusion d'une grande partie de l'intestin.

La typhlostomie ou la colostomie droite doit être réservée aux cas dans lesquels il y a, outre des lésions coliques, des lésions recto-sigmoïdes.

L'entéro-anastomose est le procédé de choix lorsqu'il n'existe pas de lésions recto-sigmoïdes.

G. Lyon.

Anus artificiel et entéro-anastomose dans le traitement de l'occlusion intestinale (*XVe Congrès de chirurgie*, 1902). — MM. Monprofit et Roux appellent l'attention du Congrès sur l'utilité qu'il y a à joindre à la création d'un anus artificiel, lorsque le cours des matières est obstrué, une entéro-anastomose entre l'intestin grêle au-dessus de l'obstacle et le colon. L'obstacle qui consiste parfois en des adhérences très étendues, ne pouvant être levé, on ne saurait prendre un meilleur parti, soit qu'on opère en un seul temps ou en deux séances.

A. Benoit.

Indications de l'opération de Delorme (*Congrès de chirurgie*, 1902). — Dans deux empyèmes chroniques datant de plusieurs années, M. Gangolphe (de Lyon) a essayé, sans pouvoir y parvenir, de faire une application de la méthode de Delorme. La paroi thoracique, trop épaisse, dût être désossée et les malades ne guérirent que par la résection de plusieurs côtes. Cette opération convient donc seulement aux empyèmes assez récents chez les adultes, et encore faut-il prendre la précaution, une fois le poumon déplissé, de suturer la plèvre décortiquée à l'incision pariétale et s'en tenir à un minimum de résections costales, si l'on veut éviter de nouvelles adhérences cicatricielles.

A. Benoit.

Incision postérieure dans l'empyème (*XVe Congrès français de chirurgie*, 1902). — On tend aujourd'hui à modifier l'incision de l'empyème dans le sens qu'indique M. Mott. L'incision, un peu oblique et tracée dans la direction des fibres du grand dorsal, doit avoir son milieu à un travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate. On tombe ainsi un peu en dedans de l'angle des côtes et la plèvre est ouverte soit dans le huitième, soit dans le neuvième espace, en rasant la côte sous-jacente à l'espace. Il y a moins de fistules à la suite de cette incision. qu'après l'incision latérale classique.

A. Benoit.

Amputation interscapulo-thoracique pour tumeurs malignes de l'omoplate (*XVe Congrès fr. de chirurgie*). — Le Pr Berger communique une observation d'*amputation interscapulo-thoracique* suivie de mort, par infection d'un vaste hématome post-opératoire, développé sous le grand dorsal. L'hémostase avait été particulièrement pénible.

L'auteur insiste donc sur l'importance d'avoir une plaie étanche. Il trouve d'ailleurs que cette grande intervention est beaucoup plus grave dans les tumeurs malignes de l'omoplate que dans celles du membre supérieur, et serait dès lors tenté de faire dans ces cas la résection précoce de l'omoplate. Sur 46 observations qu'il a réunies, pour tumeur de l'humérus, on ne trouve que 2 morts, tandis que la mortalité est beaucoup plus élevée pour les tumeurs de l'omoplate.

A. Benoit.

Adénite iliaque tuberculeuse compliquée d'occlusion (*XVe Congrès de chirurgie*, 1902). — M. Reboul communique un cas de tumeur simulant une hernie étranglée de la région inguino-crurale droite, et qui n'était autre qu'un paquet ganglionnaire tuberculeux.

M. Reverdin (de Genève) a vu deux fois le même fait assez curieux. Les symptômes d'occlusion intestinale ont toujours cédé à l'ablation de la tumeur ganglionnaire.

A. Benoit.

Tumeurs blanches sous-astragaliennes (*XVe Congrès de Chir.*, 1902). — Cette tuberculose locale se rapproche principalement de la *synovite fongueuse des gaines*, dont elle se distingue surtout par la bilatéralité des lésions, qui ont une origine osseuse commune. D'autre part le *calcanéum* est l'os le plus souvent atteint dans cette variété de tumeur.

Il n'en est pas moins indiqué de faire l'*astragalectomie*, car elle seule permet de traiter les lésions sous-jacentes d'une manière complète et définitive. Trois formes : astragalo-calcanéenne postérieure, la plus fréquente, l'astragalo-calcanéenne antérieure, et la forme totale. On aura souvent à curetter également les gaines tendineuses, car elles sont atteintes secondairement.

A. Benoit.

Chirurgie cérébrale pour lésions otogènes (*XVe Congrès de chirurgie*, octobre 1902). — L'otite moyenne se complique très fréquem-

ment d'abcès aberrants plus ou moins distants du siège classique dans les cellules mastoïdiennes. M. Cazin (de Paris) en a rencontré un développé aux dépens de la partie inférieure du pariétal. La trépanation de la région mastoïdienne n'ayant pas montré de collection purulente, c'est à plus de 4 centimètres en haut et en arrière du conduit auditif, qu'il trouva, en incisant, un orifice osseux dont le fond était formé par la dure-mère épaissie. Réparation très longue et guérison durable. M. Lermoyez (de Paris) préconise la double *voie temporale et mastoïdienne* pour évacuer dans les meilleures conditions possibles les abcès cérébraux d'origine optique, qui donnent lieu à de l'*aphasie*. Plus curieuse est l'observation communiquée par M. Goris (de Bruxelles). Son sujet, une jeune fille de 24 ans, se plaignait de céphalée avec troubles visuels et symptômes généraux graves. Comme elle avait des signes évidents d'otite moyenne chroniqne, il pensa à une lésion profonde de la pointe du rocher. Après curettage de l'oreille moyenne, il fit une large trépanation temporale qui lui permit, en soulevant le lobe temporal, de trouver un sequestre correspondant à la pointe du rocher. La guérison définitive est survenue. M. Gauthier (de Luxeuil) recommande l'usage du thermocautère pour diviser les parties molles, dans la trépanation de la mastoïde. Outre l'hémostase immédiate et un bon drainage, on peut constater que la plaie est moins douloureuse que si l'on s'est servi du bistouri.

A. Benoit.

Destruction de la 3e circonvolution frontale gauche, suivie de guérison (*XVe Congrès de chirurgie*). — M. Berthomier (de Moulins) a donné des soins à un vieillard de 70 ans, atteint de fracture esquilleuse du crâne, ayant détruit une grande partie du lobe frontal gauche. Il se borna à nettoyer la plaie, qu'il débarrassa des corps étrangers et des souillures: il sutura ensuite les lambeaux de la dure-mère. Ce malade a guéri sans incident et, bien que la circonvolution de Broca fût détruite, il ne présente pas d'aphasie, ce qui s'explique par le fait qu'il était gaucher.

A. Benoit.

Traitement des accidents de la chloroformisation (*XVe Congrès français de Chirurgie*, octobre 1902). — M. Thiery (de Paris) trouve insuffisantes les méthodes en usage pour combattre la mort apparente au cours de la chloroformisation. A la respiration artificielle, avec tractions rythmées de la langue, il propose de substituer, du moins là où il y a dilatation permanente de la pupille, la *trachéotomie* suivie *d'insufflation directe* par la canule, dont il a eu à se louer.

A. Benoit

Application chirurgicale de sphagnum (*Thérapeutique Moderne* n° 7, 1902). — Jakoubowsky préconise comme objet de pansement une mousse particulière, le sphagnum, qui pousse dans les marais. On peut recueillir le sphagnum à toutes les saisons et le stériliser par la vapeur. Les avantages du sphagnum consistent à absorber d'autant plus énergiquement qu'il est plus mouillé, à faire disparaître les odeurs désagréables, en absorbant l'ammoniaque et l'hydrogène sulfuré, et, à arrêter les processus de décomposition. A ces avantages, il faut encore ajouter sa capillarité et sa perméabilité. Il faut cependant faire remarquer que d'après un autre auteur russe, Tesser, le sphagnum présenterait un inconvénient considérable, à savoir qu'il se coupe et que des particules pénètrent dans la plaie (le sphagnum s'emploie enveloppé dans des sacs de gaze).

J. Roubleff.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine

L'urée pure dans le traitement de la tuberculose, par Henry Harper (*Brit. méd. J.*, 18 octobre 1902). — Le traitement de la tuberculose par l'administration de l'urée pure à l'intérieur, est basé sur cette théorie que la goutte et les maladies congénères sont antagonistes du bacille tuberculeux. Les deux terrains sont chimiquement antagonistes. Le terrain goutteux et arthritique est surminéralisé, tandis que le terrain tuberculeux est appauvri en substances minérales. Les tissus manquent surtout de chlorures et de phosphates, ce qui est le contraire chez le goutteux et l'arthritique.

L'objectif du traitement de la tuberculose est de rendre le terrain tuberculeux résistant au parasite, ce que l'on obtient en augmentant l'azote qui d'après l'auteur, est l'agent protecteur naturel. La lèpre qui est une maladie voisine de la tuberculose règne dans les pays où le régime se distingue par l'absence d'azote.

Pour augmenter l'immunité naturelle contre la tuberculose, il faut accroître le régime azoté et diminuer les éléments hydro-carbonés de l'alimentation. Ce n'est pas seulement l'air pur,

mais la nourriture aussi qui sont les agents thérapeutiques décisifs de la tuberculose. Chez les animaux la tuberculose sévit surtout chez les herbivores et ceux qui se nourrissent de féculents. L'homme devient vulnérable dans les conditions suivantes :

Lorsque la quantité d'aliments protéiques et de lumière est réduite; lorsque l'individu travaille dix à douze heures par jour dans des locaux obscurs et mal ventilés; si l'alimentation hydrocarbonée est excessive, enfin lorsque l'exercice est insuffisant.

D'après Harper, l'urée remplit les conditions que l'on demande à un médicament antituberculeux. Elle n'est pas un poison pour les tissus, de sorte qu'on peut l'administrer à des doses suffisamment élevées pour exercer une action contre le bacille. L'urée constitue un médicament presque inoffensif et très actif; elle n'est pas une substance étrangère à l'économie, et son action tend à augmenter la résistance au bacille.

L'auteur commence par donner trois fois par jour entre les repas, une dose de 1 gr 20 et il porte graduellement à 3 gr 60, 5 grammes ou 6 grammes; on la dissout dans l'eau aromatisée avec de la menthe. Des troubles gastriques sont survenus dans un ou deux cas sur 100, mais ces troubles cessent avec la suspension du traitement qui peut être repris dans la suite au bout de quelques jours. Il est très important de se servir exclusivement d'urée pure et non d'urée commerciale qui produit des vomissements et de la diarrhée. L'urée est indiquée dans toutes les formes de tuberculose, y compris le lupus et la tuberculose osseuse.

Harper fait remarquer que 3 0/0 d'urée ajoutés à une culture virulente de bacille tuberculeux à l'étuve non seulement arrête, mais tue la culture, car lorsqu'on a éliminé ensuite complètement l'urée, les nouvelles inoculations ne donnent plus de cultures. Dans les cas d'infection mixte, il donne avec l'urée des pilules de sulfure de calcium à dose de 0 gr. 60 par jour, et en a obtenu d'excellents résultats.

Par l'alimentation et l'emploi de l'urée, Harper prétend avoir depuis un an diminué de 75 0/0 la mortalité chez les tuberculeux admis à ce traitement, autrement dit, il n'a signé que 25 0/0 de certificats de décès comparativement aux deux années antérieures.

L. Jumon.

Action hémostatique des injections intraveineuses de chlorure de calcium, par T. Silvestri (*Gazette degli Ospedali e delle Cliniche* n° 39, 1902). — L'auteur a déjà relaté en 1898 treize cas d'hémorragies de différente nature, traités par le chlorure de calcium. Les résultats obtenus ultérieurement ont confirmé les avantages de la méthode. Ayant à soigner des hémorragies rebelles, mettant en danger la vie du malade, l'auteur a eu l'idée d'employer le médicament sous forme d'injections intraveineuses. Son action est ainsi bien plus rapide et efficace, les patients n'ont jamais accusé le moindre trouble après des injections de 100 à 150 ccm. d'une solution stérilisée de $Ca\,Cl_2$ à 1 0/0.

La facilité de stériliser parfaitement les solutions de cette substance, qu'on peut avoir partout, devrait faire préférer la méthode de l'auteur au traitement des hémorragies par la gélatine, qui, faute d'une pureté et d'une stérilisation parfaite, expose les malades à des conséquences autrement fâcheuses. L'emploi du chlorure de calcium serait enfin très rationnel par le fait qu'on est porté (Ziehl) à attribuer l'action hémostatique de la gélatine au $Ca\,Cl_2$ qui entre normalement dans sa composition.

A. L. Percival.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

L'arsenic dans le traitement de la chorée, par Frank M. Pope (*Brit. med. J.*, 18 octobre 1902).—L'auteur est partisan du traitement de la chorée par des doses rapidement croissantes des préparations arsenicales, mais il ne donne pas l'arsenic dans tous les cas de chorée, car il peut exister certaines contre-indications. Les cas dans lesquels le traitement est contre-indiqué sont ceux dans lesquels les phénomènes aigus sont compliqués de coma et de paralysie, ceux qui ont été traités pendant un certain temps par de petites doses d'arsenic; en troisième lieu les malades chez lesquels le rhumatisme se réveille à l'état aigu ou qui ont de l'endocardite, de la péricardite ou même une température élevée : il faut ici administrer les salicylates jusqu'à ce que la température devienne normale. Enfin, les cardiopathies constituent une contre-indication.

Dans une seconde série de cas, les malades ne supportent pas le traitement. Il faut alors les traiter par d'autres moyens, par le chloral ou la belladone; on prescrira le repos au lit jusqu'à la fin de la maladie. Cependant, avec une méthode appropriée d'administration de l'arsenic, ces cas doivent beaucoup diminuer.

Enfin, dans un petit nombre de cas, les malades restent indifférents à l'action de l'ar-

senic. Il s'agit, en général, de chorées relativement anciennes. On doit alors suspendre le traitement si on voit apparaître les symptômes d'intolérance avec de hautes doses, sans profit pour l'état du malade.

Avant de commencer le traitement, il faut constater que la langue est propre, dans le cas contraire, administrer une légère purgation de calomel et une préparation stomachique pendant 48 heures. Mettre ensuite le malade à un régime doux, pour les enfants du laitage.

Administrer ensuite le médicament très dilué et toujours se servir de la même dilution. L'auteur prescrit ainsi deux à trois gouttes de la liqueur arsénicale de la pharmacopée anglaise dans 30 grammes d'eau comme première dose pour un jeune enfant, puis quand il accroît les doses, il donne deux, trois ou quatre fois 30 grammes du même mélange au lieu d'accroître la force de ce dernier et il continue ainsi tant qu'il ne survient pas de symptômes désagréables. Avec cette manière de procéder, l'estomac est beaucoup plus tolérant. Les petites doses sont habituellement prises après le repas, les hautes doses pendant les repas. Le titre de la solution administrée est ainsi de 0 gr. 002 d'anhydride arsénieux pour 100 grammes d'eau. Il ne faut pas suspendre la médication au premier vomissement qui est souvent dû à des causes accidentelles. Les doses doivent être augmentées chaque jour, et habituellement une augmentation de deux gouttes par dose est bien supportée. Le malade doit garder le lit pendant le traitement. Si les vomissements persistent, il faut suspendre le médicament pendant 24 heures et reprendre la dose au point où on l'a laissée. Enfin, il faut surveiller très soigneusement chaque jour tout signe d'intoxication. Pour l'auteur, le problème consiste à agir vigoureusement sur le système nerveux avec le minimum de chance de déterminer une action fâcheuse durable. Cela expliquerait pourquoi un traitement longtemps continué de petites doses ne donne pas de résultat, au contraire du traitement court et intensif. D'un autre côté, avec le système de petites doses prolongées, la quantité totale du médicament finit par être de beaucoup supérieure à celle d'un traitement à hautes doses pendant huit jours. Les malades traités de cette manière sont beaucoup améliorés en trois ou quatre jours. On arrête plus facilement les mouvements et s'ils ne disparaissent pas complètement en sept ou huit jours, le malade est assez amélioré pour qu'il puisse se lever et prendre de l'exercice.

L. Jumon.

Traitement de la chorée de Sydenham par l'arsenic (*Medicinskoie Obosrenie*, nos 13 et 14, 1902).— Le Pr Timacheff publie un long et substantiel mémoire sur ce sujet.

Le nombre total des malades, traités par Timacheff, a été de 26. Au point de vue de la préparation arsénicale qui leur a été administrée, l'auteur divise ses malades en trois groupes,

Dans le premier groupe (8 malades), on a administré la liqueur de Fowler; dans le deuxième (6 malades), l'eau de Levico; dans le troisième (12 malades), la solution aqueuse d'acide arsénieux à 1 0/0, d'après le procédé de Comby.

De ses observations, Timacheff, tout d'abord, tire cette conclusion que de toutes les préparations employées, c'est à la *solution aqueuse d'acide arsénieux* qu'il faut donner la préférence.

Et, en effet, dans les cas graves, la durée du traitement est notablement plus grande par la liqueur de Fowler ou l'eau de Levico que par la solution aqueuse d'acide arsénieux.

D'un autre côté, en ce qui touche le résultat final, la guérison, c'est encore au traitement par le procédé de Comby, qu'il faut donner la préférence. Mais le procédé de Comby à côté des avantages que nous venons de signaler, a ses inconvénients. A ce point de vue, il faut signaler, tout d'abord, des nausées qui se produisent dans tous les cas sans exception, des vomissements — dans quelques cas — et, enfin, la diarrhée rarement.

Les nausées et les vomissements se sont presque toujours produits avec les doses maxima d'arsenic; pourtant, dans quelques cas, on en a pu observer dès le 3-5e jour, lorsque la dose n'avait pas dépassé 3 à 5 cuillerées à café par jour.

Ces accidents ont persisté parfois assez longtemps, pendant deux à trois jours, et ont exercé une action déprimante sur les malades. Dans quelques cas on a noté des troubles de l'appétit et du sommeil, des vertiges, un malaise général, etc.

Mais tous ces phénomènes ont rapidement disparu dès qu'on diminuait la dose d'arsenic.

L'auteur dit à ce sujet qu'on pourrait éviter ces accidents en modifiant le dosage du médicament. En se basant sur ces observations, il propose d'administrer la solution aqueuse d'acide arsénieux à 1 pour 1.000 à la dose d'une demi-cuillerée à café par jour, en augmentant progressivement la dose initiale d'une demi-cuillerée.

Dans ces conditions, on n'observe presque plus ni nausées, ni vomissements, surtout si

l'on ne dépasse pas la dose de 3 à 4 cuillerées à café par jour sans aller comme on le fait à 7-8 cuillerées. Cette dernière dose paraît, en général, beaucoup trop élevée, et il ne pense pas qu'on en ait vraiment besoin. Un certain nombre de ces malades n'a jamais dépassé 3 cuillerées par jour, et pourtant le résultat a été bon et rapide.

Sans formuler d'une façon absolue la méthode de traitement arsenical (l'auteur sait fort bien que les formules générales ne valent pas beaucoup et qu'on est toujours obligé d'*individualiser*), il estime cependant qu'on pourrait dans la majorité des cas, procéder comme nous venons de le dire, à savoir :

1° Dose initiale, une demi-cuillerée à café;

2° Augmentation de cette dose d'une demi-cuillerée par jour;

3° Dose maxima, 3 à 5 cuillerées par jour;

4° Administrer cette dose maxima pendant 3 à 6 jours, suivant l'état du malade.

Il signale un certain nombre d'autres accidents : des éruptions de différentes natures (dans 3 cas sur 12); herpès zoster typique (1 cas); éruption érythémateuse (2 cas); prurit (1 cas).

Le fait seul qu'avec la suspension du traitement l'éruption a disparu prouve que cette éruption était bien due à l'arsenic.

Signalons rapidement d'autres complications : troubles gastro-intestinaux, douleurs gastriques, pouls arythmique. En revanche, l'auteur n'a jamais observé ni douleurs musculaires, ni paralysie ou parésie, ni d'une façon générale aucun trouble de sensibilité; il n'a pas noté non plus d'albuminurie, ni aucun phénomène anormal du côté des organes génito-urinaires. La durée de la maladie avant que le malade soit soumis au traitement exerce-t-elle une action quelconque sur le succès de celui-ci? L'auteur, sans répondre d'une façon catégorique, fait simplement remarquer que, du moins dans les cas qu'il a observés, l'amélioration ne se trouve pas d'une façon générale en rapport étroit et constant avec la durée de la maladie avant le traitement, et le moment où le traitement a été institué.

Que le traitement ait été institué de bonne heure ou non, la guérison est survenue au bout d'un laps de temps variable. Ce qui est incontestable, c'est que la durée et le succès du traitement est en rapport direct avec les particularités individuelles du malade. Il faut tenir compte, non seulement de l'état général du malade, mais aussi des facteurs déterminants de la chorée.

En terminant son mémoire, le Pr Timacheff insiste de nouveau sur la préférence que mérite la solution aqueuse d'acide arsénieux et il ajoute que pour obtenir un succès complet, on ne doit pas se borner à une seule cure, mais que, au contraire, il faut répéter cette cure suivant les cas, deux et même trois fois avec des intervalles peu longs entre les cures.

Enfin, en ce qui concerne les récidives, Timacheff déclare qu'aucune méthode thérapeutique arsenicale ne saurait préserver contre elles.

J. Roubleff.

Action comparée de l'iodothyrine et des courants continus dans la maladie de Raynaud, par Baltus (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 8 novembre 1902). — Le traitement thyroïdien en raison de l'action vaso-motrice puissante qu'il exerce sur la circulation périphérique dans le sens de la dilatation semble devoir être de quelque utilité dans le traitement de la maladie de Raynaud. Lancereaux et Paulesco ont retiré un bénéfice de la médication thyroïdienne chez certains sujets atteints de troubles vaso-moteurs analogues à ceux de l'asphyxie locale. Dans deux cas, l'auteur n'a pas obtenu de résultats encourageants, de l'emploi de l'iodothyrine ; il préfère l'électrisation galvanique suivant la méthode préconisée par M. Raynaud, c'est-à-dire application du pôle positif sur la cinquième cervicale, du pôle négatif sur la deuxième lombaire en faisant remonter ce dernier jusqu'à la huitième dorsale ; la séance doit être de 10 minutes à un quart d'heure.

P. Sainton.

Le massage chez les tabétiques, par Maurice Faure et G. Constensoux (*Congrès des aliénistes et neurologistes français*, 1-7 août 1902). — On a mal compris le massage chez les tabétiques ; des manœuvres modérées et méthodiques peuvent aider au maintien de la nutrition générale : mais il ne faut point masser l'ataxique comme un homme bien portant. Le pétrissage, le tapotement, des séances trop prolongées fatiguent le sujet. Il faut absolument proscrire chez lui les mouvements exécutés avec force et brusquerie qu'augmentent l'incoordination motrice, les exercices d'assouplissement tendant à relâcher les ligaments, si lâches déjà chez les sujets, enfin les mouvements de force. C'est à titre de stimulant de la sensibilité, cutanée (frictions, effleurage, percussion légère) ou de la sensibilité profonde (mobilisation prudente, pression douce) qu'il faut pratiquer la massothérapie.

P. Sainton.

Observation de stupeur lypémaniaque ancienne guérie rapidement par la ponction rachidienne, par Moty (*Gazette des hôpitaux*, 14 octobre 1902). — Il s'agit d'un malade âgé de 19 ans, qui, atteint de scarlatine, est pris pendant sa convalescence de stupeur lypémaniaque permanente avec mutisme à peu près complet. La suggestion étant insuffisante, on lui fit deux ponctions lombaires de 5 grammes et 4 grammes chaque. L'amélioration fut rapide. On peut se demander si le changement de pression et la modification consécutive de la sécrétion méningée n'ont pas été la cause des changements survenus dans l'état mental. En tous cas, la ponction est inoffensive.

P. Sainton.

Ophtalmologie

Dr E. Kopff

Médecin oculiste de l'hôpital St-Joseph

Ichtyol dans les affections de la cornée (*Wratch Pratique*, n° 32, 1902). — Theodoroff a employé l'ichtyol sous forme de pommade à 2 0/0 mélangée de cocaïne dans 28 cas; sur ces 28 cas il y a eu 22 cas d'infiltration limitée de la cornée et 6 cas d'ulcères de la cornée, dans des cas de trachome, de phlyctènes et de blennorrhée.

Tous les cas rapportés par l'auteur, quoique d'étiologie diverse, présentent un trait commun, à savoir la perte de l'épithélium cornéen.

L'ichtyol a exercé une action très favorable, qui s'est manifestée par une rapide diminution des phénomènes inflammatoires, une régression rapide du développement vasculaire et par le rétablissement du tissu cornéen presque sans tache.

Dans les phlyctènes l'auteur a employé un double traitement par l'ichtyol et par le mercure, mais c'est l'ichtyol qui a toujours donné les meilleurs résultats.

L'auteur a également observé des cas de kératite où ni l'atropine ni la pommade jaune ni le calomel n'ont donné de résultats et où l'ichtyol a déterminé rapidement la guérison.

J. Roubleff.

Le traitement des blépharites, par R. Ferro (*Gazzetta delle ospedaliet e delle cliniche*, n° 21, 1902). — L'auteur dans le traitement des blépharites et des différentes formes d'eczémas des paupières a expérimenté nombre de pommades et de médications. Les meilleurs résultats ont été obtenus avec la pommade suivante :

Ichtyol.....	ãã 0 gr. 50
Sulfate de cuivre	
Vaseline blanche.	25 grammes

Il emploie l'ichtyol à cause de son action antiphlogistique, kératoplastique et sédative, calmant les démangeaisons et la sensation de cuisson, et le sulfate de cuivre à titre d'excitant des glandes sébacées, d'agent réducteur et même de caustique. Ces deux substances n'exercent aucune action nuisible, ni sur la cornée, ni sur la conjonctive. La pommade ichtio-cuprique est presque spécifique des blépharites et on doit la préférer à toutes les pommades employées jusqu'à présent.

A. L. Percival.

Traitement des affections suppuratives de la cornée par les rayons chimiques solaires (*Wratch Pratique*, n° 32, 1902). — Les deux auteurs qui avaient fait des recherches à ce sujet, Neznamoff et Maklakoff, sont en contradiction absolue sur l'efficacité des rayons chimiques solaires dans les affections suppuratives de la cornée.

Tandis que Neznamoff a obtenu des résultats brillants, Maklakoff, au contraire, nie absolument toute action curative de ces rayons. C'est cette contradiction qui a amené Piroschkoff à expérimenter cette méthode dans 29 cas d'ulcère de la cornée où dans la majorité des cas il y avait hypopyon.

Le nombre de séances a varié de une à six; la durée de chaque séance a été en moyenne de 4 minutes.

Constatons tout d'abord que les malades se sont prêtés volontiers à ce traitement.

Quant aux résultats, ils confirment ceux qu'a fait connaître Neznamoff.

Piroschkoff a obtenu, en effet, la guérison complète dans 44,8 0/0 des cas; amélioration, dans 27,5 0/0; état stationnaire, dans 13,7 0/0; aggravation, dans 13,7 0/0.

Il se prononce donc absolument en faveur de la méthode.

J. Roubleff.

L'hétol dans les affections oculaires (*Thèse de Saint-Pétersbourg*, 1902). — Voulant contrôler les résultats obtenus par le Pr Pfluger (de Berne), Letzenine s'est livré à une série de recherches cliniques sur la valeur des injections sous-conjonctivales d'hétol dans différentes affections oculaires. Il n'a pratiqué ces injections qu'après une désinfection et l'anesthésie à la cocaïne. Il s'est servi pour ses injections d'hétol chimiquement pur, obtenu par synthèse en solution à 1 0/0 et à la dose d'une demi-seringue. Comme la douleur provoquée par ces injections n'est ni intense, ni prolongée, il les a répétées tous les deux jours et même tous les jours jusqu'au moment où il constatait une amélioration.

Dès le lendemain, on ne constatait aucune trace de l'intervention, sauf une légère hyperémie. En même temps que l'hétol, l'auteur a eu recours aux moyens locaux et généraux habituels. Letzenine a employé l'hétol dans les affections suivantes : kératites herpétique, traumatique, parenchymateuse, panneuse; ulcère de la cornée, iritis, iridochoroïdite, iridocyclite, sclérite et épisclérite.

Dans toutes ces affections, on a constaté une action analgésique très prononcée, cette action augmentant avec le nombre des injections. En outre, l'hétol a exercé une action incontestablement favorable sur la cicatrisation. En revanche, dans les processus suppuratifs l'hétol s'est montré absolument nuisible.

J. Roubleff.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

D' Morel-Lavallée

Médecin des hôpitaux

Les colles, par Pautrier (*Revue prat. des maladies cutanées*, 1er octobre 1902. — Les colles de zinc sont constituées essentiellement par un mélange de gélatine, d'oxyde de zinc, d'eau et de glycérine.

En voici deux exemples :

Gélatine blanche.....	ãã — 12 gr. 50
Glycérine.....	
Oxyde de zinc.....	— 20 gr.
Eau	— 55 gr.

(Colle molle, fondant à 37°, 7)

ou :

Gélatine blanche.....	— 15 gr.
Glycérine.....	— 10 gr.
Oxyde de zinc.....	— 25 gr.
Eau	— 50 gr.

(Colle dure, fondant à 38°, plus rétractile que la précédente).

On peut également faire des colles médicamenteuses, en incorporant des agents actifs à la colle ordinaire.

C'est ainsi qu'on peut incorporer à celle-ci de 5 à 10 0/0 des substances suivantes : soufre, chrysarobine, résorcine, créosote, ichtyol, acide phénique, acide salicylique. L'acide pyrogallique et les sels mercuriels, décomposant la gélatine, ne peuvent lui être incorporés.

La colle de zinc, conservée durcie dans un récipient métalliqne, ou vendue en lames, en plaques, par les pharmaciens, doit être ramollie au moment d'être employée.

Pour cela, on la fait fondre au bain-marie. Il faut choisir pour l'appliquer le moment où elle est devenue suffisamment liquide pour être facilement maniable, mais où elle n'est pas encore trop chaude, sa brûlure étant des plus pénibles pour la peau.

On enduit les surfaces à recouvrir de colle, soit avec une baguette de verre, soit, mieux encore, avec un pinceau très large.

Immédiatement après, on recouvre très légèrement avec un peu de ouate et l'on tamponne, de façon que de minces flocons de ouate adhèrent à la colle au moment où celle-ci se refroidit et se solidifie.

Le revêtement ainsi obtenu est souple, très adhérent à la peau, très doux au toucher et nullement désagréable pour le malade.

Il peut être conservé pendant une semaine par le malade, sans se détacher, si l'application a été bien faite.

Ce revêtement est très facile à enlever ; on le détache par lambeaux, qui viennent facilement à une traction assez faible.

La colle de zinc peut être considérée comme un agent décongestionnant et antiprurigineux. L'enduit qu'elle forme à la surface de la peau, est élastique et rétractile. Il comprime donc légèrement les tissus sous-jacents et peut hâter la résorption d'un œdème peu important. En outre la colle de zinc est perméable à la perspiration cutanée.

La colle de zinc, imperméable aux liquides, ne doit jamais être appliquée au niveau d'une surface suintante, sous peine de former un pansement occlusif et, par suite, dangereux.

L'application d'une colle de zinc peut suffire à calmer un prurit très violent. Cette sédation des phénomènes prurigineux peut n'être que momentanée, mais peut aussi être durable et se maintenir aussi longtemps que la colle est appliquée.

De cette action antiprurigineuse, découlent les indications de la colle de zinc. On l'a employée avec succès dans le traitement des dermatoses prurigineuses : prurigos diathésiques, prurigo de Hebra, prurits localisés, lichen et lichénisations.

Mais l'application de colle de zinc n'agit que sur le phénomène prurit, et ne modifie nullement l'état de la peau, et les lésions de celle-ci qui peuvent engendrer de nouveau le prurit, comme dans les lichens. Toutes les fois qu'on le pourra, on devra préférer l'emploi des réducteurs forts, par exemple, de la résorcine, sous forme de cure d'exfoliation, qui, en même temps qu'ils calment le prurit, modifient profondément l'état cutané. Cependant, quand les lésions seront trop étendues ou trop irritées,

l'emploi des colles pourra rendre de grands services.

Les indications de l'emploi des colles sont, en somme, encore très vagues. Dans le traitement du prurit la perméabilité de la peau exagérée ou diminuée, une circulation plus ou moins active, l'état de sécheresse de la peau, etc., jouent un rôle capital. Parfois ces conditions seront heureusement modifiées par les colles ; mais dans d'autres cas, elles se montreront inefficaces et la sédation du prurit sera obtenue par l'emploi des pâtes ; dans d'autres cas encore on devra graisser la peau.

Quant aux colles médicamenteuses, leur emploi est généralement abandonné aujourd'hui.

On a reconnu que les agents qui y étaient incorporés n'exerçaient qu'une action insignifiante. On préfère aujourd'hui badigeonner les lésions avec une solution ou une teinture médicamenteuse, puis recouvrir de colle de zinc pour fixer l'enduit médicamenteux à la surface de la peau. Elle peut ainsi remplacer la traumaticine.

Enfin, pour fixer par les bords un petit pansement, par exemple, pour maintenir un peu de coton stérilisé à la surface d'une plaie, la colle de zinc peut rendre des services. Moins rétractile, plus souple en même temps que le collodion, elle peut le remplacer avec avantages.

E. Vogt.

Huile de chaulmoogra dans le traitement de la lèpre (*Wratch Pratique*, n° 33, 1902). — Schaphir a expérimenté l'huile de chaulmoogra dans trois cas de lèpre tubéreuse. La maladie remontait suivant les malades à 5-6 ans. La dose initiale de 5 gouttes a été portée progressivement à 40, 50 et même 70 gouttes trois fois par jour.

Dans tous ces cas le traitement a exercé une action incontestablement favorable sur la disparition des tubercules lépreux.

L'auteur croit donc pouvoir conclure qu'on doit fonder de grandes espérances sur l'huile de chaulmoogra. Cependant comme tous les malades ne présentent pas la même tolérance pour ce médicament, on pourra, comme l'a proposé Tourtali-bey, administrer cette huile sous forme d'injections sous-cutanées.

J. Roubleff.

Phosphore dans le traitement de l'alopécia areata (*Wratch Pratique*, n° 36, 1902). — Estimant que l'alopécie en aires est une affection nerveuse, tenant compte d'un autre côté des résultats peu satisfaisants obtenus dans un certain nombre de cas par l'administration soit de substances irritantes, soit du massage, Bialobjevsky a décidé d'expérimenter le phosphore, mélangé d'arsenic (phosphore 0 gr. 06; acide arsénique 0 gr. 10 pour 120 pilules, 1 à 4 pilules par jour).

L'auteur a constaté qu'au bout d'un mois environ de traitement, il ne survient plus de nouvelles plaques alopéciques, et qu'au bout d'un laps de temps variant de 2 à 4 mois, les plaques commencent à se recouvrir de poils.

Dans deux cas l'auteur a noté l'apparition de poils blancs chez des châtains.

J. Roubleff.

Bromocol dans le prurit. (*Medicinskoïe Obosrenie* n° 15, 1902). — Le bromocol proposé par Max Joseph est une combinaison de dibromotannin et de colle, contenant 20 0/0 de brome et de 40 0/0 de tannin. On emploie cette préparation sous forme de pommade avec la résorbine ou la lanoline en proportion de 10 à 20 0/0.

Ziantz a pu se convaincre que l'action de cette préparation est en effet des plus favorables sur le prurit et cela même dans les cas très anciens. L'auteur russe n'a observé d'accidents d'aucune sorte résultant de l'emploi de cette pommade. Il se prononce donc chaleureusement en faveur de son application.

J. Roubleff.

Traitement des ulcères de la jambe, par Cass Chenowett (*Med. record*, 30 août 1902). — Voici le traitement préconisé par l'auteur pour les ulcérations qui ne dépassent pas la largeur d'un dollar ; mettre la jambe dans l'eau chaude pendant une heure, laver avec du savon et de l'eau propre, essuyer la jambe, laver avec une solution de formaldéhyde et saupoudrer l'ulcère avec de l'acide borique en poudre.

Prendre alors une bande d'emplâtre de caoutchouc adhésif d'un demi pouce de large et enrouler depuis les orteils jusqu'au dessous du genou, appliquer enfin une bande roulée ordinaire. Ce bandage doit rester en place jusqu'à ce qu'il soit taché par le liquide, ce qui arrive du cinquième au septième jour; on enlève alors ce pansement, on nettoie l'ulcère et on recommence comme auparavant. Ce nouveau pansement reste environ deux semaines avant de l'enlever. En général la guérison demande six semaines de traitement. Si l'ulcération dépasse le diamètre d'un dollar, le patient doit rester au lit pendant deux semaines, pendant laquelle le patient applique un pansement humide de 30 gr. d'acide borique pour un litre d'eau.

Au bout de deux semaines l'ulcère est en général assez réduit pour pouvoir appliquer le

pansement décrit plus haut. Le patient une fois guéri doit porter un bas de caoutchouc.

L. Jumon.

Le régime végétarien dans la furonculose chronique (*Gazette Médicale Russe* n° 36, 1902). — Guinsbourg (de Kharkoff) rapporte le cas d'un homme de 60 ans, atteint de furonculose chronique, qui s'est montrée rebelle à tous les traitements connus.

L'auteur lui a prescrit le régime végétarien auquel il a ajouté du beurre et du lait (4 à 5 verres par jour).

Depuis les 17 mois que le malade suit le régime végétarien son état s'est de beaucoup amélioré. Le malade déclare ne pas s'être senti aussi bien depuis de longues années.

Au sujet de ce cas qui milite certainement en faveur du régime végétarien dans la furonculose, Guinsbourg se demande de quelle façon on pourrait expliquer l'action favorable de ce régime. Il croit qu'il faut l'attribuer à la diminution des albumines dans l'économie.

Notons encore ce point curieux dans l'histoire du malade : toute affection intercurrente fébrile exerçait une action favorable sur l'affection chronique, en supprimant celle-ci pendant quelque temps « comme si, dit l'auteur, les bactéries de l'affection fébrile tuaient pour un temps les bactéries de la furonculose ».

J. Roubleff.

Maladies des Voies urinaires

Dr Chevalier,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté.

Traitement de la tuberculose de l'épididyme et du testicule (*XVe Congrès fr. de Chirurgie* 1902). — M. Calot (de Berck-sur-Mer) continue à employer la méthode conservatrice dans le traitement de la tuberculose du testicule et de l'épididyme, même lorsqu'il y a des fistules multiples. S'il y a hydrocèle, il se sert du liquide épanché, auquel il adjoint le naphtol camphré, ainsi qu'il le pratique pour les abcès froids. Au besoin, il fait des injections irritantes dans la vaginale, pour provoquer l'hydrocèle. Des injections modificatrices sont faites dans le tissu malade autour des fistules, lorsqu'il en existe.

A. Benoit.

La haute taille dans la tuberculose vésicale (*Wratch Pratique*, n° 32, 1902). — Le Pr Praxine a pratiqué la haute taille dans 3 cas de tuberculose vésicale. Dans un cas l'opération, loin d'être utile, a aggravé considérablement l'état du malade qui mourut l'année suivante.

Dans deux cas le succès a été complet.

J. Roubleff.

Ablation d'un rein pour une hydronéphrose intermittente, par J. B. Boucher (*New-York med. J.*, 23 août 1902). — Une femme agée de 33 ans souffrait depuis 13 ans d'une douleur dans la région lombaire droite en même temps qu'à des intervalles de deux semaines à trois mois elle voyait se développer une tumeur qui disparaissait en quelques heures ou en un ou deux jours. Ces attaques augmentèrent de fréquence et de gravité au point que, depuis trois ans, la malade est impotente, les attaques se repétant au bout de quelques semaines et durant de trois à sept jours. Celles-ci s'annonçaient par une douleur vive dans la région lombaire droite, des nausées et des vomissements accompagnés de frissons et suivis de fièvre et d'agitation. La douleur était assez vive pour nécessiter de fortes doses de morphine.

La tumeur, qui se développait subitement, avait un volume variant de celui d'une orange à celui d'une tête d'adulte ; elle était dure, tendue, immobile et occupait l'abdomen à droite de la ligne ombilicale. La limite supérieure était vague. L'urine était alors diminuée de quantité, et augmentait brusquement lorsque la tumeur disparaissait. La densité était de 1005 et il y avait de l'albuminurie.

En présence de l'impuissance du traitement médical, une opération fut décidée. Le rein mis à découvert fut trouvé très mobile : le bassinet était dilaté et l'uretère avait dix à douze pouces de circonférence. Cette dilatation s'étendait en bas presque jusqu'à la vessie. Boucher onleva le rein et l'urétère. Mais auparavant il fit une laparotomie exploratrice pour examiner le rein gauche qui fut trouvé normal. La cavité abdominale fut refermée, et le rein droit fut enlevé par la voie extra-péritonéale. L'urétère fut enlevé aussi bas que possible. La plaie fut fermée à l'exception de la partie réservée pour le drainage. La malade guérit sans incident. Pendant les 24 heures qui suivirent l'opération, le rein gauche sécréta 1200 cc. d'urine et depuis ce temps l'urine s'est montrée normale dans sa quantité et sa composition. La santé de l'opérée est demeurée excellente depuis l'intervention.

L. Jumon.

Traitement de l'urémie néphrétique (*Thérapeutique Moderne*, n° 8, 1902). — Wiczkowski, se prononce pour la saignée dans l'urémie d'origine néphritique dans tous les cas où il y a augmentation des artères périphériques sans complication du côté d'autres organes.

La quantité de sang à retirer doit varier d'après cet auteur de 500 à 700 cc.

J. Roubleff.

Pédiâtrie

Dr THIERCELIN

Chef de clinique de la Faculté de Médecine.

Traitement de coqueluche par la quinine (*Pester med. chir. Presse*, 3 août 1902). — Heim a administré la quinine dans 18 cas; il a donné trois fois autant de centigrammes que l'enfant comptait de mois, au-dessous d'un an : au-dessus, trois fois autant de décigrammes que l'enfant comptait d'années, donc 1 gr. 50 par jour à 5 ans! La quantité totale journalière a toujours été divisée en 3 doses seulement, et le traitement a duré de 10 à 20 jours.

Dans un seul cas, la quinine fut toujours vomie et dut être abandonnée. Dans 5 cas, le résultat fut nul et la médication supprimée au bout de 5 jours. Dans la plupart des cas, la médication fut instituée au cours du 2e septénaire.

Dans tous les cas, on voit disparaître en premier lieu les vomissements, puis les quintes diminuent de fréquence et d'intensité, et la maladie est enrayée au plus tard 20 jours après le début du traitement.

Dans 2 cas, les doses de quinine élevées produisirent une telle transformation, que l'auteur cessa la médication au bout de 3 jours : aussitôt, la maladie reprit d'une manière intense.

Chez 4 autres coquelucheux, l'auteur essaye d'alterner la quinine et l'antipyrine : les résultats se montrèrent tout à fait favorables à la quinine qui fut alors employée seule.

L'auteur concède que les doses qu'il recommande sont énormes (*sic*) : mais les seuls accidents enregistrés sont des vertiges au 3e jour de la médication chez une petite fille de 5 ans. On abaissa la dose de 1 gr. 5 par jour à 1 gramme et les accidents disparurent. Il est évident (ce que Briquet avait du reste déjà démontré en 1855), que l'enfant supporte beaucoup mieux la quinine que l'adulte.

Il ne faut pas prescrire le sulfate de quinine, qui fixe une trop grande quantité d'acide chlorhydrique, une fois arrivé dans l'estomac, et provoque ainsi des nausées et des vomissements. Le chlorhydrate est bien préférable, surtout si l'on fait prendre en même temps une cuillerée à entremets d'une solution faible d'acide chlorhydrique.

Les petits enfants acceptèrent très bien la quinine dans une potion sirupeuse quelconque : les enfants plus âgés reçurent le remède en cachets.

L'auteur ne croit pas à une action antispasmodique (Rossbach) de la quinine : l'effet n'a rien de spontané, il est absolument graduel et point n'est besoin d'augmenter peu à peu les doses, ce qui serait nécessaire avec un médicament antispasmodique (chloral par exemple). L'action est certainement antiparasitaire (Binz).

Il y a lieu de remarquer que les effets thérapeutiques sont d'autant plus marqués que la médication a été instituée plus près du début de la coqueluche. Il est probable que la bactérie spécifique ne se développe dans l'organisme qu'au cours de la période catarrhale et au début de la période convulsive. La quinine n'a pas d'influence sur l'augmentation de volume des ganglions péribronchiques, cause probable des accès de toux, et conséquence de l'action microbienne.

E. Vogt.

Traitement des convulsions chez les enfants, par le Dr A. Mortinez-Vargas (*Madrid-Medico* n° 61-1902). — Après s'être élevé contre l'emploi d'un nombre considérable de remèdes et procédés employés par l'entourage de l'enfant atteint de convulsions, l'auteur se demande si l'on peut prévoir et par conséquent éviter l'attaque. Ordinairement la convulsion se présente subitement et sans qu'on puisse la prédire. Cependant, l'auteur a pu prévoir quelques attaques et empêcher leur explosion quand l'enfant conserve une grande excitabilité, marchant de pair avec une petite fièvre, une sensation de réplétion stomacale, une odeur aigre de l'haleine, une tendance au vomissement, de la stupeur, et une constipation persistante ; si en même temps il y a une grande mobilité des tendons fléchisseurs du poignet, l'explosion est presque toujours imminente et au moyen d'un purgatif, d'un vomitif et d'une irrigation intestinale, on peut éviter tout accident.

Le lavage de l'estomac qu'on pratique encore trop rarement chez les enfants est un bon procédé, facile à exécuter.

La poudre d'ipéca associée au sirop de même substance sera employée souvent. L'auteur préfère comme purgatif l'huile de ricin (15 à 30 gr.),

car à sa rapidité d'action elle joint la faculté de ne pas irriter l'intestin.

Une fois l'effet obtenu on doit donner une irrigation d'un à deux litres avec une solution d'acide tannique (1 0/0) et d'acide borique (4 0/0).

Si la fièvre est élevée on donnera un bain à 32° et on appliquera des compresses à l'eau froide sur le front. On évitera toute excitation et on administrera un diurétique, de préférence le citrate de potasse.

Si malgré l'intervention thérapeutique, l'enfant n'est pas calmé, il faudra ordonner une médication sédative, comme par exemple :

Bromure de sodium....	1 gr. 1/2
Hydrate de chloral.....	1 gramme
Chlorhydrate de morphine	0, gr. 01
Eau de fleur d'oranger..	70 grammes
Sirop.....	30 —

1 cuillerée à café toutes les quinze ou trente minutes jusqu'à effet sédatif.

Les préventions que quelques médecins nourrissent pour la morphine ne sont pas fondées : il suffit de surveiller son action et de la supprimer une fois l'effet obtenu.

Si on arrive en plein accès ou si malgré tous les moyens indiqués plus haut, l'éclampsie se manifeste, il faut coucher l'enfant, lui retirer tous les vêtements pouvant gêner la respiration, le mettre dans un bain et le chloroformer. On verse quelques gouttes d'anesthésique sur un mouchoir, en ayant soin de laisser l'enfant respirer de l'air et on maintient la compresse tant que dure l'attaque. En même temps l'enfant est maintenu dans un bain tiède.

L'attaque vaincue on s'ingéniera à juguler la maladie qui a occasionné l'attaque.

L'auteur énumère ensuite quelques autres moyens qui peuvent réussir aussi : compression des carotides : soustraction de sang (saignée, sangsues); inhalation d'oxygène. Intubation, trachéotomie : injections de sérum artificiel ; ponction lombaire ; celle-ci ne doit jamais être pratiquée dès la première attaque, mais seulement en cas de répétition des accès.

F. Berini.

Purgatol dans les maladies infantiles (*Gazette Médicale Russe* n° 30, 1902). — Le purgatol est un dérivé de l'anthracène, sur les propriétés purgatives duquel Stadelmann et Ewald ont attiré l'attention il y a un an.

Le purgatol se présente sous forme d'une poudre cristalline jaune ou jaune orangé, difficilement soluble dans l'eau froide et plus facilement soluble dans l'eau chaude.

Joukowsky a employé le purgatol chez 48 enfants dont l'âge varie de 1 jour à 11 ans.

L'auteur divise tous ces cas en trois groupes.

1° Chez les enfants âgés de plus de 5 ans le purgatol à la dose de 0. gr. 50 à 1 gramme a déterminé le plus souvent des selles semi-liquides. La première selle survenait une à deux heures après l'administration du médicament, les autres se suivaient après un intervalle variant de 5 à 18 heures. Dans aucun cas le purgatif n'est resté sans effet. Chez une fillette de 6 ans, la selle n'est survenue qu'au bout de 48 heures. On n'a constaté ni vomissements ni nausées ni douleurs de ventre.

2° Chez les enfants de 1 à 5 ans la dose a été de 0. gr. 50.

Même résultat que dans le groupe précédent (sauf un cas où le purgatol n'a produit aucun effet).

3° Chez les nourrissons et les nouveaux-nés, la dose habituelle a varié de 0 gr. 15 à 0 gr. 30. La dose de 0 gr. 50 n'a été administrée que rarement. Là non plus l'auteur n'a observé aucune action défavorable. Mais il faut ajouter que dans un certain nombre de cas le purgatol à la dose de 0 gr. 15 à 0 gr. 30, même répétée deux fois par jour (la dose totale a donc été de 0 gr. 30 à 0 gr. 60) n'a pas été suivi d'effet, et l'on a été obligé de recourir à un lavement. Il s'est agi dans ce groupe d'enfants atteints de constipation habituelle.

Dans les cas de rétention du méconium, le purgatol à la dose de 0 gr. 20 répétée au bout de 3 heures, a presque toujours déterminé la sortie du méconium 8 heures après l'administration du médicament. Le méconium prend alors une coloration gris sombre et les urines une coloration légèrement rose.

En résumé, tout en reconnaissant au purgatol des propriétés purgatives incontestables, Joukowsky ne voit pas de raison de l'employer de préférence à d'autres purgatifs entrés depuis longtemps dans le domaine de la thérapeutique infantile et en particulier à l'extrait fluide de cascara sagrada.

J. Roubleff.

Pharmacologie

Dr E. Vogt

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Purgatifs hypodermiques, par Walter E. Dixon (*Brit. med. J.*, 18 oct. 1902). — Un bon purgatif capable de produire ses effets par une injection sous-cutanée serait une réelle acquisition thérapeutique, et trouverait un emploi dans les cas

où il est impossible de donner un purgatif par la bouche, (gastrite, apoplexie, coma, opérations abdominales). Dixon divise en quatre groupes les substances qui déterminent une action purgative en injections sous-cutanées.

Purgatifs végétaux. L'aloës, la coloquinte, le sené, le podophyllin, donnent des produits qui injectés sous la peau accroissent les mouvements péristaltiques de l'intestin et peuvent ainsi donner une action purgative. Le podophyllin, par exemple, contient deux principes actifs, la podophyllo-toxine et la podophyllo-résine, toutes les deux également toxiques.

La première en injection hypodermique donne une action purgative au bout d'un temps qui varie de 20 minutes à une heure, la seconde en injection de 1 centigramme a donné chez le chien des selles liquides en trois heures. On peut expliquer cet effet purgatif soit parce que le médicament agit par l'intermédiaire de la circulation sur le mécanisme moteur de l'intestin, soit parce que le principe est excrété par l'intestin qui en subit alors l'action. Les tracés pris sur l'animal en expérience montrent que le tonus intestinal est augmenté même après la section des nerfs vagues et splanchniques, ce qui démontre une action directe de la drogue sur l'intestin. Si on sacrifie l'animal après une injection d'une forte dose de podophyllo-toxine, on trouve tout l'intestin grêle dans un état de congestion aiguë. Un lavage avec de l'alcool permet de retrouver la présence de cette substance, qui agit donc directement sur l'intestin.

Les solutions de purgatifs végétaux ne peuvent cependant pas être employées par cette voie en raison de l'irritation locale produite, gonflement, induration, ulcération consécutive.

Purgatifs salins. — De ces substances, le sulfate de magnésie est le seul dont il puisse être question. Le sulfate de magnésie pris par la bouche purge en raison de son pouvoir osmotique. Quelques auteurs ont obtenu une purgation en injectant chez l'homme 0,40 centigrammes sous la peau. Dans ce cas le mécanisme de l'action purgative est différent. En effet, cette injection accroît les mouvements péristaltiques de l'intestin, ce qui n'a pas lieu avec la voie buccale au moins d'une façon directe. Les injections ont en général été faites dans le bras gauche avec une solution de 2 ou 3 0/0. Cependant tous les observateurs ne sont pas d'accord sur la constance de ces effets pour lesquels on donne des explications variées. La question mérite une plus longue étude. Il est à remarquer que l'injection faite directement dans le sang d'une solution isotonique de sulfate de magnésie ne produit chez l'animal aucun effet fâcheux.

Médicaments agissant à la périphérie. — Il s'agit de substances qui, injectées sous la peau, agissent sur les extrémités du pneumogastrique et déterminent le plus souvent à la fois des vomissements ou des effets purgatifs. Malheureusement la plupart de ces médicaments agissent en même temps sur les nerfs cardiaques. Il en est ainsi de la pilocarpine, de la physostigmine et de la muscarine. La physostigmine serait la mieux adaptée à la voie sous-cutanée si ses effets n'étaient pas si toxiques. La colchicine appartient au même groupe, mais possède des effets violents sur l'estomac et une action dépressive sur la moelle.

Pratiquement cette classe de médicaments n'existe pas.

On a prétendu que l'atropine en injection produit des selles au bout de 12 à 30 heures en agissant sur les fibres inhibitrices du splanchnique. Mais à part quelques cas exceptionnels il est peu probable qu'on utilise l'action purgative de l'atropine par voie hypodermique en raison de ses actions sur les glandes sécrétoires, et sur le système nerveux.

Médicaments de la série de la morphine. — L'apomorphine est un puissant émétique sous-cutané, mais sans grand effet sur l'intestin. L'apocodéine au contraire détermine des effets purgatifs sans vomissements. Deux centimètres cubes d'une solution à 1 0/0 injectés sous la peau du bras d'un individu ont déterminé les selles au bout d'une heure sans nausées. L'apocodéine semble agir d'une façon opposée à la nicotine et elle détermine la vasodilatation, la chute de la pression sanguine, l'augmentation des mouvements péristaltiques sans la participation du système nerveux central, et probablement par son action sédative sur les ganglions sympathiques à fonction inhibitrice. On se sert du chlorhydrate d'apocodéine qui doit donner une réaction neutre.

L. Jumon.

Purgatifs synthétiques : phénolphtaléine, par F. W. Tunnicliffe. — Le terme de purgatif synthétique n'est peut-être pas très bien choisi, mais l'auteur désigne ainsi les purgatifs organiques qui ne sortent pas du laboratoire de la nature. La phénolphtaléine est un de ces produits que pour les exigences de la pratique on a désigné sous le nom de purgène.

Introduit dans l'estomac, ce produit reste d'abord inaltéré en présence du milieu acide; dans l'intestin, il se convertit en un sel de soude, plus soluble et plus actif que la phénolphtaléine elle-même. Ce sel possède un pouvoir diffusif très faible. C'est ce qui expliquerait, d'après Valmossy, son action purgative plus marquée chez l'homme que chez les ani-

maux. La phénophtaléine n'apparaît dans l'urine en très petites quantités qu'après l'ingestion de fortes doses. Il suffit alors d'une petite quantité d'alcalin ajoutée à l'urine pour que celle-ci prenne une couleur rouge.

Il est probable que cette substance est éliminée par l'urine après avoir été dédoublée et après avoir donné lieu à des résidus aromatiques. Mais la plus grande partie est entraînée par les matières où les réactifs peuvent déceler la présence de la phénolphtaléine deux jours après son emploi et alors que l'effet purgatif a disparu.

Dans la pratique on en a fait des tablettes qui contiennent de 0 gr. 05 à 0 gr. 20 de principe actif. Pour un adulte, deux de ces dernières déterminent une ou deux selles molles. Cette drogue ne paraît pas déterminer de symptômes désagréables et chez les albuminuriques elle n'augmente pas le taux de l'albumine. La phénophtaléine enfin n'est pas un cholagogue.

L. Jumon.

Emploi des alcalins contre la douleur, par Sir Lauder Brunton (*Brit. med. J.* 18 oct. 1902). — L'auteur rappelle que la présence de substances acides dans une dent cariée est la cause la plus puissante du mal de dent qu'on peut supprimer immédiatement en mettant dans la cavité de la dent malade une boulette de coton trempée dans du bicarbonate de soude qui neutralise l'acidité. L'addition de cocaïne ou de laudanum n'est pas absolument nécessaire, car le bicarbonate sodique agit par lui-même. Lorsque toutes les dents sont douloureuses, cela tient souvent à l'irritation des racines par les liquides acides de la bouche. On fait généralement disparaître la douleur en frictionnant le bord libre des gencives avec un peu de bicarbonate de soude à l'aide des doigts ou en se rinçant soigneusement la bouche avec une solution de bicarbonate de soude, à raison d'une cuillerée à thé de bicarbonate dans un demi-verre d'eau. Cette solution est très utile dans les cas où le mal de dents dépend de caries placées entre les dents et que le coton ne peut pas atteindre.

Sir Lauder Brunton a fait sur lui-même une observation qui tend à montrer que la diminution d'alcalinité du sang peut favoriser la douleur. S'étant blessé et infecté la main avec un microbe qui était une culture pure de staphylocoque pyogène doré, il survint après la guérison de la plaie des phlyctènes qui en dehors d'une sensation permanente de brûlure présentaient des exacerbations extrêmement douloureuses comparables à des piqûres de guêpe, les exacerbations survenaient trois ou quatre heures après le repas lorsque l'alcalinité du sang était diminuée par l'absorption de l'acide chlorhydrique stomacal, ou lorsqu'il survenait des éructations acides. L'absorption d'une forte dose de bicarbonate de soude, une à deux cuillerées à café, suffit pour calmer la douleur. Au lieu d'absorber du bicarbonate de soude, l'auteur eut l'idée d'appliquer directement sur les phlyctènes une solution de bicarbonate. Les résultats furent des plus satisfaisants, car quelques minutes après l'application la douleur térébrante intense avait disparu. Dans les névralgies on attribuait volontiers le soulagement observé après les repas à un phénomene de dérivation, ce soulagement peut tout aussi bien être expliqué par l'augmentation de l'alcalinité du sang pendant la digestion, par suite de la secrétion acide de l'estomac. Si l'explication est vraie, l'administration du bicarbonate de soude pourra apporter un soulagement dans ces cas.

L. Jumon.

Action thérapeutique et pharmaceutique de la pseudaconitine et de la japaconitine par Theod. Cash (*Brit. Med. J.*, 18 oct. 1902). — La pseudaconitine est fournie par l'aconitum férox et la japaconitine par l'A. japonicum ou Kuzu-uzu. Ce dernier alcaloïde a d'étroites relations avec l'aconitine, mais la pseudaconitine contient un groupe veratryl étranger aux deux autres alcaloïdes. L'action de ces trois substances est assez semblable et il n'y a entre elles que des différences de degré. La pseudaconitine qui est la plus toxique détermine une action dépressive intense sur le centre respiratoire et un abaissement de température plus persistant, elle agit moins que les deux autres sur la sensibiltié périphérique lorsqu'on l'applique en pommade. D'après Cast, son action toxique est double de celle de l'aconitine. La dose de celle-ci étant 1, celle de la pseudaconitine est 0 40, à 0 45, et celle de la japaconitine serait 0 80, à 0 90. Par l'usage quotidiennement répété des doses, il se produit chez les animaux un certain degré d'accoutumance qui varie avec chaque alcaloïde.

La pseudaconitine et la japaconitine à doses thérapeutiques peuvent être employées pour modérer l'action circulatoire dans les états fébriles, pour diminuer la douleur et en général dans tous les cas où l'usage de l'aconitine est indiqué. Il est préférable d'employer les alcaloïdes au lieu des plantes qui en renferment des proportions très variables ou qui contiennent d'autres principes antagonistes. Si on emploie les alcaloïdes en application sur la peau, il importe que celle-ci soit saine et sans écorchure.

L. Jumon.

Action pharmacologique du pentanitrate de mannitol par C. R. Marshall et J. H. Wigner (*Brit. Med. J.* 18 octobre 1902). — Le Pr Bradbury avait présenté au collège royal des médecins un nouveau vaso-dilatateur, le tétranitrate d'érythrol ayant l'avantage sur ses congénères d'être peu toxique. Ses inconvénients sont surtout son prix élevé et le danger d'explosion. Marshall et Wigner ont cherché à lui substituer le pentanitrate de mannitol qu'ils ont expérimenté. D'après les tracés sphygmographiques, le dernier médicament est moins actif que le tétranitrate d'érythrol, mais il peut être préparé facilement et en grande quantité ; pour produire les mêmes effets que ce dernier, il suffit d'en doubler la dose. On peut l'obtenir de suite à l'état de pureté et la substance est plus stable. Il possède les effets désagréables ordinaires des nitrates organiques, goût amer, tendance à produire le mal de tête. Le pentanitrate de mannitol se donne dissous dans le beurre de cacao dans lequel on le fait dissoudre à chaud ; lorsque le mélange est refroidi, on le coupe en tablettes. La dose active est de 0 gr. 10 à 0 gr. 30 ou 0 gr. 40.

L. Jumon.

Dangers des préparations des glandes surrénales (*Deutschemed. Wochenschrift*, 23 oct. 1902). — Furth, se basant sur plusieurs accidents enregistrés par les auteurs, conseille la plus grande prudence dans l'emploi de préparations telles que la suprarénine et l'adrénaline ; il faut surtout éviter l'entrée directe de ces produits dans le courant sanguin. L'auteur estime que les effets thérapeutiques remarquables de ces substances vont sans doute provoquer une utilisation considérable de cette médication vaso-constrictive, et qu'il y a lieu d'avertir les praticiens de tâter la susceptibilité des malades.

A notre avis, cette condition semble en contradiction avec les indications de l'opothérapie surrénale au point de vue de l'hémostase à obtenir : quand on se décide à s'adresser à ces préparations, il s'agit en général de cas d'extrême urgence, excluant tout tâtonnement.

E. Vogt.

Traitement par l'air chaud (*Monatsch. f. orthop. Chirurgie nos 6 et 7*, 1902). — Schuler, après avoir consacré à l'étude des divers appareils pour l'obtention de températures élevées jusqu'ici connus, une partie de son travail, passe à l'étude plus approfondie de la *douche d'air chaud* : de l'orifice d'un tube, à 5-10 cm. de la région à traiter, s'échappe un courant d'air chaud (100 à 180° C.) La source de chaleur est promenée lentement, par un mouvement circulaire, sur la partie malade. Au bout de 20 à 30 minutes d'application, on procède à un massage. Un repos d'une heure environ suit la séance. Il existe en Allemagne divers appareils, électriques ou autres ; parmi eux celui de *Mehn* est peu dispendieux et est actionné par une pédale. Au début, on fera bien de recouvrir la région à traiter d'un tissu léger, pour éviter les brûlures : les malades s'habituent du reste rapidement aux températures élevées.

Il faut éviter de prescrire plus de deux ou trois séances par semaine, car la transpiration générale, souvent abondante, qui s'établit vers la fin de la séance fatigue les malades.

En général 2 ou 3 séances suffisent pour guérir un lumbago ou un torticolis. Dans 4 cas de rhumatisme aigu, l'auteur a obtenu une guérison beaucoup plus rapide que par le traitement classique. Au contraire, dans les cas d'arthrites tuberculeuses, les résultats sont peu favorables. Les ulcérations syphilitiques se modifient favorablement dès les premières séances et la guérison est facilement obtenue. Il en est de même pour l'ulcère de jambe, à condition que le malade garde le repos absolu.

Dans les névralgies (trijumeau, sciatique, par exemple), on utilisera une sorte de douche écossaise ; un courant d'air froid (jusqu'à 12° C.) alternera avec la douche d'air chaud. Les résultats sont surtout remarquables dans les cas anciens, rebelles aux autres médications.

Grâce à un dispositif spécial, exerçant son action soit par l'oreille externe, soit à travers la trompe d'Eustache, on peut traiter par l'air chaud l'otite moyenne scléreuse. La méthode exige, il est vrai, beaucoup de patience de la part du malade et du médecin.

E. Vogt.

Bains d'acide carbonique (*Deutsche med. Wochenschrift*, 11 septembre 1902). — Kopp et Joseph recommandent, pour l'obtention du dégagement d'acide carbonique, de faire agir sur le bicarbonate de soude dissous dans le bain, un mélange d'acide acétique et de chlorure de calcium (les proportions ne sont pas indiquées).

Grâce à ce procédé, les baignoires ne sont pas détériorées et l'on peut, plus facilement que dans un bain préparé par d'autres procédés, ajouter d'autres agents thérapeutiques, tels qu'extrait de bourgeons de sapin, sels de fer, etc.

E. Vogt.

Valeur thérapeutique et indications des bains iodés, comparée à celle des autres médications iodurées (*Allg. Wiener med. Ztg.*, 9 sept. 1902). — Ullmann rappelle que beaucoup d'affections

tenaces de nature scrofuleuse ou hérédosyphilitique, chez des femmes ou des enfants, seront mieux modifiées par l'administration prolongée à faibles doses de préparations iodées que par une intervention plus énergique. Un moyen pratique d'utiliser de faibles doses consiste dans l'emploi des bains.

Il semble que les ganglions lymphatiques dégénérés ou enflammés, et certaines productions pathologiques (lymphomes, syphilomes, etc.), présentent une affinité spéciale pour les sels iodés circulant dans le courant sanguin. L'action de l'iode sur les glandes saines, est au contraire fort problématique.

L'auteur ne croit pas que des eaux iodées froides puissent exercer une action thérapeutique efficace ; en revanche, les bains chauds iodés seront utiles dans une série d'affections utérines, de dermatoses et d'états scrofuleux. Les solutions iodées à 2 0/0 sont suffisantes et l'auteur conseille de ne pas dépasser 3 0/0.

Les thermes iodés sont assez bien représentés en Autriche (Hall, Lipick, etc.), et c'est là qu'on enverra de préférence les malades : mais il est aujourd'hui facile de se procurer des sels, obtenus par évaporation, provenant de ces stations thermales, et l'on peut instituer un traitement par les bains iodés à domicile.

Les indications principales de ces bains sont le lichen scrofulosorum, le prurigo, les eczémas chez des scrofuleux, la leucorrhée, la gonorrhée et surtout l'hérédosyphilis.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

PSYCHOSES AIGUES AVEC DEPRESSION : MELANCOLIE ET ETATS MELANCOLIQUES.

Isolement est de rigeur.

Alitement. — D'autant plus volontiers appliqué à cette catégorie de malades que son emploi est facilité par la tendance naturelle de la plupart des mélancoliques à se confiner au lit. Particulièrement indiqué chez ces malades où la dépression physique est à l'unisson de la dépression morale.

Au point de vue physique il favorise le relèvement de l'état général, de l'épuisement déterminé par l'insomnie, l'anxiété, le refus d'alimentation, etc... Les forces reviennent, le sommeil devient meilleur, la circulation se fait mieux, la température se relève.

Au point de vue psychique, il diminue l'angoisse, l'acuité des sensations visuelles, auditions, tactiles du mélancolique : il met obstacle aux délires hallucinatoires etc., en un mot, il assure le repos du cerveau, comme celui du corps. D'autre part, il rend plus facile la surveillance.

L'alitement ne doit pas d'ailleurs être absolu ; il faut faire lever le malade quelques heures par jour.

Bains tièdes. — Comme chez les maniaques, le bain est avec l'alitement, le moyen de traitement par excellence. Mais sa durée sera bien moindre ; elle ne devra pas excéder deux ou trois heures au plus. Le bain permanent ne trouve pas son indication chez les mélancoliques.

Le bain est particulièrement utile comme hypnotique et, pour cette raison, sera donné de préférence vers le soir.

Hydrothérapie. — La douche froide en jet brisé sera utile comme moyen tonique ; le drap mouillé (enveloppement d'une heure) comme sédatif.

Moyens médicamenteux. — Contre l'insomnie on emploie les moyens précédemment indiqués (v. Psychoses avec excitation, n° du 15 nov.), c'est-à-dire le chloral, le sulfonal, la paraldéhyde, le trional ; mais on emploie de plus l'opium qui, pour les mélancoliques est le « roi des médicaments » (Schüle).

Dans les formes torpides on peut prescrire des doses moyennes et fractionnées, par exemple, 8 à 12 centigrammes par jour ; mais, habituellement, on a recours à des doses plus fortes, progressivement élevées, soit administrées par la bouche, soit en injections sous-cutanées (morphine).

Par la bouche on part de la dose de 5 centigrammes d'extrait d'opium et on augmente progressivement jusqu'à 10, 15, 20 centigrammes, parfois jusqu'à 50 centigrammes.

Par les fortes doses l'effet « psychiquement anesthésiant » est obtenu (Krafft-Ebing). Il vaut mieux employer les solutions que les pilules ; on peut encore employer le laudanum particulièrement utile dans la mélancolie,

anxieuse (de 5 gouttes à 50, et même davantage: Pierret, de Lyon).

Dans le cas de refus de l'alimentation, avoir recours, selon les cas, à la sonde œsophagienne ou à la sonde introduite par les fosses nasales. La diminution constante de la courbe du poids est la principale indication de l'emploi de la sonde. On peut être conduit à employer la sonde pendant des mois et des années.

On combine parfois l'emploi de la sonde et celui des lavements alimentaires. (Un lavement par jour ; une seule introduction de la sonde par jour).

Surveillance doit être incessante de jour et de nuit, pendant le séjour aux W. C., les malades se livrant souvent à des tentatives de suicide.

Soins hygiéniques. On prévient le gâtisme par des lavements préventifs, le bain, le maintien des malades plusieurs fois par jour, à des heures déterminées, sur la chaise percée, par le poudrage avec des poudres isolantes, oxyde de zinc, talc, dermatol, quinquina, etc.) par le changement fréquent de position des malades.

Convalescence. Occuper le mélancolique, comme les maniaques, à des travaux manuels.

Dans la forme de mélancolie livrée à l'évolution sénile, l'indication principale est tirée de la déchéance physique. Il faut relever l'état général au moyen d'une alimentation substantielle, des toniques (quinquina, cacodylate de soude, lécithine), des injections de sérum à petites doses, notamment de sérum phosphaté et caféiné :

Caféine	ãã 5 grammes
Benzoate de soude..	
Phosphate de soude...	10 —
Eau distillée et stérilisée.....	100 grammes

Injecter 5 à 10 grammes.

G. Lyon.

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Hôtel-Dieu. — Le Dr Lucas-Championnière reprendra ses leçons de Clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, le jeudi 4 décembre 1902 et les continuera les jeudis suivants à dix heures.

Opérations : avant la leçon. — Le mardi : opérations abdominales. — Le mercredi : visite dans les salles (hommes, hernies), salle Saint-Cosme; le samedi (femmes), salle Sainthe-Marthe.

Exposition de Marseille en 1903. — Un comité vient de se former pour l'organisation d'une Exposition Internationale, Maritime et Coloniale d'Hygiène, de Sécurité maritime, de Pêche et des Beaux-Arts. Cette exposition se tiendrait dans le vaste local de l'Alhambra ; son ouverture est fixée au 1er janvier 1903 ; sa durée sera d'un mois. Cette manifestation internationale a à sa tête les plus éminents hygiénistes du monde entier, ainsi que les notabilités commerciales et maritimes. Organisée pour la propagation des produits figurant à la classification générale du règlement aussi bien que pour le développement des Arts se rapportant à la marine, elle intéressera à un haut degré le premier port français.

Le Comité a offert la présidence d'honneur de l'exposition à M. Pelletan, ministre de la Marine, à M. Chanot, maire de Marseille. De nombreuses récompenses seront décernées par un jury aux exposants dont les produits ou les installations seront les mieux appréciées. Les adhésions sont reçues d'ores et déjà au siège du Comité d'organisation.

Prière d'adresser les demandes de renseignements au Comité d'organisation de l'exposition, boulevard du Musée, n° 16, à Marseille.

Le premier Congrès égyptien de médecine. (Le Caire, 19-23 décembre 1902). — En présence des bruits sytématiquement défavorables qui sont mis en circulation au sujet de la situation sanitaire de l'Egypte, le Comité d'organisation du 1er Congrès médical en Egypte tient à faire connaître que depuis plus de quinze jours il n'y a pas eu un seul cas de choléra dans la ville du Caire, et que dans tout le reste de l'Egypte l'épidémie, négligeable dès maintenant, sera bientôt complètement éteinte.

Dans ces conditions, le Comité d'organisation maintient, en toute loyauté, la date du 19 décembre fixée pour la réunion du Congrès.

L'alcoolisme. — Le Congrès national de l'Union française anti-alcoolique, qui s'est tenu récemment à Brest, a voté, avant de se séparer, les vœux suivants :

1° Qu'une question anti-alcoolique soit posée à l'écrit ou à l'oral de tout examen de l'enseignement primaire ;

2° Que le ministre de la Guerre soumette au Conseil de santé la réintroduction récente de l'alcool dans l'alimentation des troupes en manœuvres ;

3° Que les pouvoirs publics favorisent par tous les moyens l'usage industriel de l'alcool ;

4° Que la loi sur la police des cabarets soit plus sévèrement appliquée.

BIBLIOGRAPHIE

Raccourcis de médecine sociale et professionnelle, par le Dr Paul Berthod, Paris, Vigot frères, édit., place de l'Ecole-de-Médecine, 23. In-18 jésus de 454 pages. Prix : 4 francs.

Il est évident que nous sommes entrés dans une ère nouvelle de *socialité* — de critique aussi — pour la science, pour la médecine en particulier ; car celle-ci n'est, en réalité, qu'une réduction des connaissances scientifiques à l'usage de la santé.

C'est maintenant fini de la tour d'ivoire.

Il faut que la médecine scientifique ou pratique participe à la mêlée générale pour la vie individuelle et sociale, devenant ainsi la médecine sociale.

C'est dans cette pensée que l'auteur a écrit dans un style concis, mais clair, tenant avant tout à faire court, — car à notre époque, on ne prend plus le temps de lire ce qui est long, — la série des esquisses qu'il publie présentement sous le titre de : *Raccourcis de médecine sociale et professionnelle*, questions au sujet desquelles, du reste, il présente une compétence particulière.

Successivement, l'assistance publique, l'enseignement médical, et les grandes questions médico-sociales ou médico-professionnelles d'actualité, y sont passées en revue et traitées avec une sincérité, un esprit de critique avisée et sage ainsi qu'un brio qui font que nous en recommandons vivement la lecture.

Aide-mémoire de Chirurgie infantile, par le Pr Paul Lefert, 1 vol. in-18 de 324 p., cart, (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris). 3 fr.

L'accueil favorable que praticiens et étudiants ont réservé à ses précédentes publications ont encouragé le Pr Paul Lefert à publier une nouvelle série d'*Aide-mémoires*, où il donne un exposé succinct mais complet de chacune des branches des sciences médicales. Après la Dermatologie, la Gynécologie, la Neurologie, il vient d'aborder la *Médecine* puis la *Chirurgie infantile*.

Si l'on parcourt la série des traités de pédiatrie actuellement parus, on constate que la plupart sont trop étendus pour le médecin désireux de se tenir au courant de l'état actuel des connaissances, pour l'étudiant qui veut revoir rapidement les matières d'un examen.

M. Lefert s'est efforcé, dans son *Aide-mémoire de Chirurgie infantile*, de renfermer de la façon la plus brève, la plus concise et cependant la plus claire, tout ce qu'il faut savoir en matière de pédiatrie. Il s'est abstenu des détails superflus pour donner tout le développement nécessaire aux faits impotrants qu'il est indispensable de connaître. Des notions étiologiques il a élagué les causes sujettes à caution ; l'étiologie vraie a été mise au point des recherches les plus récentes. Le plus grand développement possible a été donné à la symptomatologie, dont la connaissance importe au plus haut point.

Le diagnostic différentiel a été longuement débattu pour les affections les plus importantes par leur gravité ou leur fréquence. Enfin on a indiqué les modes de traitement les plus fréquemment employés dans les hôpitaux de Paris.

Cet *Aide-mémoire* répondra au vœu du médecin qui demande à être tiré promptement d'un embarras de pratique comme à celui de l'étudiant désireux de suivre avec fruit les services hospitaliers.

Nlle Imprimerie. E. Lasnier directeur. 35 37 rue St-Lazare. Paris *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Etudes sur la fièvre, par le Dr Stéphane Leduc, professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes, Association française pour l'avancement des sciences, Congrès de Montauban, août 1902. — On confond en médecine la température et la calorification ou, lorsqu'on les différencie, on admet *a priori*, que ces deux fonctions varient parallèlement ; or, un sujet peut, dans le même temps, produire 1, 2, 5 ou 10 fois plus, sa température restera invariable ; *la calorification peut varier dans une proportion quelconque sans aucune variation de la température*. D'autre part, un sujet ayant une température de 2, 3, 4° plus élevée que celle d'un autre sujet, peut produire la même quantité de chaleur, si, en même temps, il perd cette même quantité de chaleur, sa température et la différence qu'elle présente avec celle du second sujet resteront constantes.

En d'autres termes : *la température de divers sujets peut différer dans une proportion quelconque sans qu'il en résulte une différence de leurs calorifications.*

Par suite des étoffes dont nous nous couvrons, nous vivons, au point de vue calorifique, dans une atmosphère présentant avec notre corps une différence de température à peu près constante et d'environ un degré. Les vitesses d'ascension du dernier degré thermométrique sont entre elles comme les pertes de chaleur du corps et comme les calorifications des différents sujets ; leur comparaison permet donc de comparer les intensités de calorification.

On obtient des chiffres proportionnels à ces grandeurs en prenant la température de minute en minute pendant la dernière partie de l'ascension ; on a ainsi le temps de l'ascension pour le dernier degré ; afin d'éviter les décimales, on divise par cent ce temps et l'on obtient des chiffres proportionnels aux intensités des calorifications.

La moyenne de l'intensité de calorification chez les tuberculeux apyrétiques est de 16 ; cette intensité s'élève chez quelques-uns au-dessus de 25, avec une température n'atteignant pas 37°5 dans un accès de fièvre paludéenne, l'auteur a trouvé avec une température de 39°7, une intensité de calorification égale à 10 ; un malade atteint de fièvre typhoïde avait ;

Calorification	Température
8	39°5
9,77	38°4
13,15	38°1

M. le Dr Baty a trouvé, chez les hémiplégiques, avec une température plus basse, une calorification plus élevée du côté paralysé que du côté sain.

On peut donc conclure :

La régulation de la température et la régulation de la calorification sont deux fonctions indépendantes.

Dans la fièvre, la régulation de la calorification n'est point altérée dans le même sens que celle de la température, elle peut même varier en sens inverse.

La détermination des vitesses d'ascension du dernier degré thermométrique donne un moyen simple et facile de comparer les intensités de calorification.

Sur l'existence de l'arsenic dans la série animale. — M. Gabriel Bertrand qui avait, précédemment, démontré la présence de l'arsenic, à l'état normal, dans l'organisme de plusieurs mammifères, a poursuivi ces recherches jusque chez les types les moins élevés en organisation. Il s'agissait de savoir si l'arsenic est un élément primordial de la cellule vivante, ou bien s'il répond seulement au besoin d'une fonction particulière, apparue à un certain degré de l'échelle animale.

Pour résoudre ce problème d'une manière satisfaisante, l'auteur a opéré sur des animaux vivant dans un milieu normal, éloignés, par conséquent, de toutes les causes de contamination qui résultent du contact plus ou moins direct avec l'industrie moderne. Presque tous ses animaux

d'étude ont été recueillis en plein Atlantique. quelquefois à 1800 mètres de profondeur, au cours d'une croisière scientifi que entreprise cette année, à bord du yacht *Princesse-Alice*. Les analyses d'organes ont été faites à l'Institut Pasteur. Or, tous les animaux examinés, depuis les vertébrés supérieurs jusqu'aux spongiaires, renfermaient de petites quantités d'arsenic. La présence de ce métalloïde n'est donc pas, comme celle d'autres éléments, en quelque sorte caractéristique de certains groupes d'êtres. Il ressort, en outre, de ces recherches, qu'au lieu d'être localisé dans certains organes, où il peut, toutefois, dans certains cas, exister en plus grande proportion, l'arsenic se retrouve, au contraire, dans tous les tissus. Ce métalloïde serait donc, au même titre que le carbone, l'azote, le soufre et le phosphore, un élément fondamental du protoplasma.

« Une telle conclusion, dit l'auteur, comporte des conséquences importantes, dont l'une des plus immédiates s'applique à la médecine légale. M. A. Gautier a montré qu'une petite quantité d'arsenic existe, chez l'homme, dans la glande thyroïde; qu'il y en a aussi des traces dans le cerveau, dans la peau et ses annexes. Cette découverte de M. A. Gautier se trouve aujourd'hui, non seulement appuyée par des faits d'une signification très générale, mais encore étendue à tous les tissus de l'organisme. On peut dire que des traces d'arsenic isolées du corps de l'homme, même du tube digestif, du foie ou des muscles, peuvent avoir une origine exclusivement normale. On devra donc toujours, en cas d'expertise médico-légale, baser ses conclusions sur des dosages et non pas, comme on l'a malheureusement fait quelquefois, se contenter de simples recherches qualitatives. »

FELIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

MANUEL D'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Par V. CORNIL
Professeur à la Faculté de médecine, Membre de l'Académie de médecine, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

L. RANVIER
Professeur au Collège de France, Membre de l'Institut Membre de l'Académie de médecine

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

A. BRAULT
Médecin de l'hôpital Lariboisière, Chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine.

M. LETULLE
Professeur agrégé à la Faculté de médecine, Médecin de l'hôpital Boucicaut.

TOME PREMIER

L. Ranvier. Généralités sur l'histologie normale. Cellules et tissus normaux. — V. Cornil. Généralités sur l'histologie pathologique. Altération des cellules et des tissus. Des inflammations. — A. Brault. Des tumeurs. — F. Bezançon. Notions élémentaires sur les bactéries. — Maurice Cazin. Lésions des os. Lésions du tissu cartilagineux. Anatomie pathologique des articulations. — V. Cornil. Des altérations du tissu conjonctif. Lésions des membranes séreuses.

1 vol. in-8 avec 369 gravures, en noir et en couleurs, dans le texte..... 25 fr.

TOME DEUXIÈME

G. Durante. Anatomie pathologique des muscles. — J. Jolly. Histologie pathologique du sang. — H. Dominici. Le sang et la moelle osseuse. — A. Gombault et C. Philippe. Histologie pathologique du système nerveux.

1 vol. in-8, avec 202 gravures, en noir et en couleurs, dans le texte..... 25 fr.

L'ouvrage complet comprendra 4 volumes

Les Obsessions et la Psychasthénie, par le Dr Pierre JANET professeur au Collège de France

Un fort volume grand in-8 avec gravures dans le texte..... 18 fr.

Études cliniques sur *les idées obsédantes, les impulsions, les manies mentales, la folie du doute, les tics, les agitations, les phobies, les délires du contact, les angoisses, les sentiments d'incomplétude, la neurasthénie, les modifications du sentiment du réel, leur pathogénie et leur traitement.*

Le deuxième volume, Leçons cliniques, par les professeurs RAYMOND et JANET complétant l'ouvrage, paraîtra en décembre.

LA PROFESSION MÉDICALE, ses devoirs, ses droits, par G. MORACHE, Professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bordeaux, Membre correspondant de l'Académie de médecine.
1 vol. in-12, cartonné à l'anglaise..... 4 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DE L'APPENDICITE

par le Dr Albert Robin
Membre de l'Académie de Médecine
Conférences de clinique thérapeutique de l'hôpital de la Pitié

I

Vous avez pu voir, ces jours-ci, couchée à la salle Valleix au n° 40, cette jeune femme qui nous avait été envoyée par un confrère de la ville pour une appendicite. La malade se plaignait d'une douleur vive, survenue brusquement au niveau de la fosse iliaque droite, empêchant la marche et l'ayant forcée à suspendre son travail. L'examen direct montrait du ballonnement du ventre et une tuméfaction douloureuse du flanc droit au point électif de Mac Burney avec défense musculaire. La langue était blanche et saburrale. Il y avait en outre de la constipation, de l'oligurie, un état nauséeux, avec quelques vomissements, une température de 38°, 5. Le diagnostic d'appendicite s'imposait.

Je voudrais, au sujet de cette malade, vous parler du traitement de l'appendicite.

Le traitement médical de cette affection semble être tombé dans l'oubli aujourd'hui et pour la plupart des médecins, l'appendicite relève complètement du domaine de la chirurgie. Dès que le diagnostic est posé, et même s'il est douteux, la laparotomie serait indiquée aussitôt d'une façon précoce.

Je tiens à protester énergiquement contre cette manière de procéder. Dans la grande majorité des cas, l'appendicite guérit par le seul traitement médical. Ma statistique comprend 250 cas. J'ai eu recours à l'intervention opératoire six fois seulement ; j'ai eu 2 morts, 4 guérisons. Tous les malades traités médicalement ont été guéris.

Toutes réserves faites pour les appendicites infectieuses de la grippe, des fièvres éruptives, etc., pour celles qui peuvent accompagner les lésions des annexes de l'utérus, pour celles enfin qui sont provoquées par un traumatisme ou par des corps étrangers, tels qu'une arête de poisson, je pense que l'appendicite vulgaire, que l'on rencontre chez les constipés, étant dans un grand nombre de cas, la manifestation ultime du retentisse-

ment intestinal de la dyspepsie hypersthénique, on évitera le plus souvent l'appendicite en traitant convenablement cette dyspepsie et ses premiers retentissements intestinaux.

Telle est l'opinion que j'ai soutenue à l'Académie de Médecine en 1897, lors de la discussion sur l'appendicite.

L'interrogatoire et l'examen du plus grand nombre des sujets atteints d'accidents appendiculaires permet de reconnaître l'existence d'une hypersthénie gastrique antérieure ou concomitante.

Examinez ces malades dans l'intervalle des crises, vous constaterez chez la plupart d'entre eux des troubles dyspeptiques. Tel est le cas de notre malade qui souffre de maux d'estomac depuis de longues années. Témoins encore ce conducteur d'omnibus que nous avons eu au n° 9 de la salle Serres, quand Bertherand était mon interne, et qui présentait tous les signes de l'appendicite. La situation m'avait paru assez sérieuse pour que j'aie cru appeler en consultation Tuffier qui se déclara partisan d'une intervention pratiquée à froid, aussitôt après l'amendement des symptômes aigus. Or, ce malade était un dyspeptique gros mangeur, sujet à des crises gastriques douloureuses, chez lequel nous avons trouvé un estomac distendu par spasme pylorique et présentant du clapotage. Le foie était augmenté de volume et sensible à la percussion. Il y avait de la constipation et de la coprostase facilement perceptibles à la palpation du cœcum et des côlons transverse et descendant.

Enfin, l'analyse du chimisme gastrique nous révéla une hyperchlorhydrie marquée avec fermentations lactiques secondaires. L'ensemble de ces symptômes constitue le syndrome de l'hypersthénie gastrique; je le trouve 80 fois sur 100 à l'origine de l'appendicite. La relation ne me semble donc faire aucun doute.

Quel est donc le lien qui unit un grand nombre des cas d'appendicite à cette dyspepsie hypersthénique, la plus fréquente certainement des maladies de l'estomac?

Ce lien, je le trouve dans la COPROSTASE, qui est l'un des symptômes les plus constants de l'hypersthénie. Cette coprostase a deux sièges d'élection, d'abord le colon descendant et l'S Iliaque, où elle parait être un des facteurs les plus habituels de l'entérocolite muco-membraneuse, puis le cœcum où elle se manifeste sous la forme d'un boudin, qui provoque une vague sensation d'endolorissement local réveillé et accusé par la pression. Cette coprostase cæcale n'a jamais manqué dans les cas d'appendicite, que j'ai observés. Rappelons-nous, ce que nous a appris l'analyse chimique des garde-robes chez les dyspeptiques hypersthéniques. Elles sont acides au tournesol et subissent dans l'intestin des fermentations anormales commencées dans l'estomac. Cette acidité exagérée du chyme reconnaît pour cause l'hyperchlorhydrie, mais souvent aussi elle est due aux acides organiques de façon que les fermentations stomacales possèdent également une influence pathogène manifeste et de même sens que celle de l'hypersthénie gastrique. Les matières fécales sont aussi plus azotées et plus riches en matières inorganiques, en phosphate de chaux et de magnésie, que les fèces normales. D'après mes recherches, à l'état normal, la perte en azote par les selles est de 5,5 à 6 0/0; chez les hypersthéniques, elle oscille entre 12 et 13 0/0. Les pertes minérales à l'état normal sont de 17 0/0 environ: chez les hypersthéniques, elles atteignent plus de 31 0/0.

Les garde-robes sont donc irritantes. Sous leur influence, il se produit une sorte d'inhibition relative des fonctions de l'intestin qui s'explique par ce fait, que la seconde digestion ne peut s'accomplir que dans un milieu alcalin et que l'acidité extrême du chyme non seulement sature les sucs intestinaux, mais encore les acidifie, ce qui met

obstacle à toute action des ferments sécrétés par le pancréas et la muqueuse de l'intestin grêle. La muqueuse cæcale et la muqueuse appendiculaire contiguë réagissent contre les matières fécales irritantes et acides en sécrétant du mucus.

Dans l'étroite cavité de l'appendice, où elles stagnent si facilement, les mucosités catarrhales peuvent se concréter et s'infiltrer de sels calcaires, ou s'infecter, ou engendrer une irritation chronique qui atteint le tissu conjonctif sous-muqueux et y produit des indurations rétractiles dont le rétrécissement, puis l'oblitération possible de la cavité sont les légitimes conséquences.

Dans ces conditions, l'appendicite n'est pour moi qu'une complication d'un trouble fonctionnel gastro-intestinal dont je classe ainsi les diverses étapes.

1° Hyperesthénie gastrique avec hyperchlorhydrie et fermentations acides secondaires évoluant le plus souvent sur un terrain arthritique.

2° Stase cæcale de matières anormales, acides, irritantes grâce à une vicieuse préparation gastrique.

3° Réaction catarrhale du cæcum et de l'appendice devant cette coprostase souvent prolongée.

4° Conditions anatomiques qui font qu'un catarrhe de la cavité étroite de l'appendice ne peut pas évoluer comme dans la cavité large du cæcum.

5° Infiltration par les sels calcaires en surabondance dans ces matières fécales des mucosités intra-appendiculaires : inflammation du tissu conjonctif sous-muqueux transformant ou non la cavité appendiculaire en cavité close.

6° Infection microbienne de cette cavité close ou non créant comme dernière étape morbide l'appendicite vraie contre laquelle il n'y a plus de traitement médical et qui n'est plus justiciable alors que de l'intervention opératoire, tandis que la chirurgie ne peut rien contre les quatre premières étapes, qui relèvent uniquement de la thérapeutique médicale.

Enfin, à l'appui de cette théorie, je vous apporterai les preuves cliniques suivantes. La coprostase cœcale est, vous le savez, l'un des symptômes les plus constants de l'hypersthénie gastrique. Dans tous les cas où l'appendicite est survenue chez des individus que j'avais dû soigner auparavant, toujours sans exception aucune, j'ai constaté les signes antérieurs de l'hypersthénie gastrique avec coprostase cæcale. J'ai constaté les accidents appendiculaires 82 fois sur 1585 cas d'hypersthénie, ce qui représente une notable proportion.

Je répète encore une fois que je n'entends pas attribuer à l'appendicite l'unique pathogénie qui précède, mais celle-ci est au moins l'une des plus fréquentes, si j'en juge par le résultat de mes observations.

II

Cette théorie de l'appendicite, telle que je viens de vous l'exposer, comporte un traitement bien différent de celui qu'il est d'usage de préconiser en pareil cas.

Je repousse d'abord l'emploi de l'opium puisque celui-ci immobilise l'intestin, et que le premier point à mon avis consiste à débarrasser l'intestin par des purgatifs. J'emploie l'*huile de ricin* à la dose de 30 grammes, ou le *calomel* à la dose de 0 gr. 40 en 4 paquets 0 gr. 10, pris chacun à une demi-heure d'intervalle.

Je fais donner en même temps de grandes *irrigations intestinales*, après lesquelles on pratiquera un massage doux du côlon de façon à faire cheminer l'eau de l'irrigation, jusque dans le cæcum, afin d'en faire pour ainsi dire le massage direct. Vous prescrirez pendant toute la durée de la crise *le régime lacté absolu*.

Lorsqu'il existe une hyperesthésie très douloureuse de la peau vous ferez pratiquer au niveau du cæcum des frictions douces avec l'*onguent mercuriel belladonné*, qu'on recouvrira d'un cataplasme.

Onguent mercuriel double	40 grammes
Extrait de belladone	10 —
	F. S. A. Onguent.

Si la douleur caractéristique est vive, on usera de l'injection hypodermique de *chlorhydrate de morphine*, ou du liniment opiacé et belladoné ci-dessous :

Baume tranquille	40 grammes
Extrait thébaïque	âââ 2 —
— de belladone	
— de jusquiame	
	F. S. A. Liniment.

Pour éviter l'action constipante de la morphine, au cas où celle-ci devrait être employée plusieurs jours de suite, on la remplacera par la *codéïne*.

Codéïne	0 gr. 02
Extrait de gentiane	Q. S. pour une pilule.

prendre une pilule toutes les huit heures.

Tel est le traitement que nous avons fait suivre à cette jeune femme. Depuis huit jours on lui a donné plusieurs lavages d'intestin; elle a pris plusieurs doses d'huile de ricin. La température est normale, l'abdomen n'est plus ballonné, la coprostase a disparu, le point de Mac Burney n'existe plus. La malade réclame sa sortie.

III

Quand l'intestin aura été déblayé, on prendra les plus grandes précautions pour empêcher la récidive de la coprostase, en insistant auprès du malade sur l'obligation d'une selle journalière et suffisante, provoquée au besoin par les lavements, les capsules d'huile de ricin.

Mais il va de soi qu'en dehors des crises, afin de prévenir le retour de celles-ci, le point capital de l'intervention médicale est de rechercher s'il existe des troubles gastriques et en particulier de l'hypersthénie gastrique. En améliorant la digestion stomacale, on obéira à l'une des conditions originelles les plus fréquentes de l'appendicite. Ces indications seront remplies par le *régime alimentaire* et par le *traitement médicamenteux*. Le régime est de première importance. Recommandez à ces malades de s'en tenir aux viandes et volailles rôties, hachées menu ou lentement mâchées, aux poissons au court-bouillon, aux légumes en purée, aux œufs à la coque, aux fruits cuits avec un minimum de pain grillé.

Comme boisson, de l'eau pure ou une eau minérale indifférente, type *Evian*, *Alet* ou *Condillac*. A la fin du repas une tasse d'une infusion très chaude et très légère de *thé*,

camomille, *tilleul*, *fleur d'oranger*. Le traitement médicamenteux sera celui de l'hypersthénie permanente. Le malade devra surtout user largement des *poudres de saturation*, dont je vous ai donné maintes fois la formule, pour neutraliser l'acidité du bol alimentaire.

Quelques médecins prescrivent encore comme adjuvant du traitement, *le naphtol*, *le bétol*, *le benzonaphtol* dans le but de réaliser une soi-disant antisepsie intestinale. Tous ces médicaments sont sinon dangereux, du moins inutiles. La meilleure manière de pratiquer l'antisepsie de l'intestin, c'est d'expulser les matières qui y fermentent : les purgatifs et les irrigations intestinales remplissent parfaitement ce but.

Et puisque tout hypersthénique gastrique est un prédisposé à l'appendicite, il faut surveiller chez lui le cæcum d'une manière constante. Lorsque vous constatez de la coprostase, provoquez aussitôt l'expulsion à l'aide des laxatifs et des grandes irrigations rectales.

Enfin, dès que la saison le permettra, vous conseillerez, suivant les cas, une cure à Chatel-Guyon, Aulus, Marienbad ou Kissingen.

Le traitement que je viens de vous exposer ne laissera pas de soulever de grosses protestations si j'en juge d'après les discussions actuelles. Les quelques partisans du traitement médical élèvent l'emploi de l'*opium* à la hauteur d'un dogme ; mais ils s'inscrivent avec la dernière énergie contre les *purgatifs*. Je repousse l'emploi abusif de l'opium ; et j'affirme que l'opium administré comme on le fait aujourd'hui, est parfaitement capable d'aggraver une crise appendiculaire commençante. Pour ce qui concerne la valeur de la médication que je défends, il n'est pas de meilleur argument à fournir que la statistique qui comprend 244 cas de guérison sur 250 malades dont 6 opérés.

Quant à l'intervention chirurgicale, elle me semble l'exception. Le traitement reste médical tant que la maladie évolue normalement ; il ne devient chirurgical que lorsque des circonstances bien indiquées l'exigent.

L'ANESTHŒSINE

par le Dr CHEVALIER

Préparateur au laboratoire de pharmacologie de la Faculté de Médecine

A la suite des tentatives de synthèse de la cocaïne, il a paru en Allemagne une foule de travaux sur les anesthésiques locaux. Parmi eux il faut citer un remarquable travail d'Einhorn qui, à la suite d'une hypothèse sur l'action analgésique inhérente à l'un des noyaux de la cocaïne, s'efforça de préparer des éthers aromatiques et en particulier ceux des différents acides amido-benzoïques. Avec divers collaborateurs, il étudia ces corps au point de vue physiologique et constata en eux un pouvoir anesthésique variable suivant les différents noyaux alcooliques qui entraient en copulation et aussi avec les différentes positions ortho para et méta de ces acides. De ces études naquirent les eucaïnes, l'holocaïne, les orthoformes. Ce dernier produit, en raison de son insolubilité relative fut pendant quelque temps fort employé ; malheureusement, il n'a répondu qu'en partie à ce qu'on attendait de lui, mais il ouvrit aux expérimentateurs une nouvelle voie en leur montrant que certains corps de cette série rejetés d'abord en raison de leur insolubilité plus ou moins complète pouvaient cependant être avantageusement employés comme anesthésiques locaux. C'est ce qui est arrivé pour l'anesthésine.

Découverte en 1890 par Ritsert, elle fut abandonnée pendant longtemps et ce n'est que l'année dernière qu'elle est sortie de l'oubli grâce aux travaux cliniques de Von Noorden, Dunbar, Lengemann, Ramnstedt.

L'anesthœsine est l'éther éthylique de l'acide para-amido benzoïque. Elle a pour formule (4) $Az\ H^2\text{-}C^6\ H^4\text{-}COO\ C^2\ H^5$ (1).

Elle se présente sous la forme d'une poudre blanche, sans odeur ni saveur. Elle est difficilement soluble dans l'eau froide 1/800, un peu mieux dans l'eau chaude. Par contre elle est soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, l'acétone, les graisses, les huiles. En général, elle est facilement miscible aux corps gras sans décomposition, ce qui constitue un grand avantage sur l'orthoforme. Les accidents qu'on a constatés avec ce dernier ont été en effet attribués à une décomposition partielle de ce corps au contact des corps gras notamment de ceux qui sont acides. Il fond à 89° 5 C.

L'huile d'amandes douces possède la propriété de dissoudre jusqu'à 30/0 d'anesthœsine, de plus, elle conserve facilement en émulsion pendant fort longtemps les particules d'anesthésine et permet de l'injecter par voie hypodermique sans qu'il en adhère aux parois de la seringue de Pravaz. Ce mode d'emploi est avantageux surtout pour l'expérimentation physiologique.

La solubilité de l'anesthésine dans l'eau peut être augmentée dans une notable proportion par l'addition d'une solution d'acide chlorhydrique dilué 1/100. Malheureusement la proportion d'acide chlorhydrique à ajouter est telle que le liquide conserve une réaction acide énergique qu'il est impossible de neutraliser. En effet, l'anesthésine est immédiatement précipitée en flocons blancs par l'addition d'une petite quantité d'alcali.

Au point de vue physiologique, il n'existe sur la question que l'indication dans l'article de Von Noorden d'un travail de Binz qui dit qu'il faut des « *doses colossales* » de ce médicament pour produire une méthémoglobinurie passagère. Il a expérimenté surtout par ingestion gastrique et n'a constaté aucun cas de mort.

Nous avons repris la question au point de vue pharmacodynamique et les résultats de notre expérimentation sont les suivants. (1)

Nous avons opéré chez des cobayes, des lapins et des chiens. Chez les cobayes nous avons recherché la toxicité par des injections intra-péritonéales. Nous avons employé soit l'huile d'amandes douces contenant à saturation de l'anesthésine, soit formant une émulsion d'anesthésine. Nous n'avons pu obtenir les accidents d'intoxication qu'avec de fortes doses d'anesthésine. Dans ces conditions, la solution huileuse n'était pas complètement absorbée et jouait certainement un rôle dans la production des accidents.

Chez les lapins nous avons donné l'anesthésine par la voie gastrique. Nous pratiquons le gavage avec une petite sonde molle surmontée d'un entonnoir. Nous avons pu donner jusqu'à 1 gr. 15 d'anesthésine par kilog.

A la suite de cette absorption les animaux ne meurent pas toujours, mais présentent des accidents qui sont les suivants :

Au bout d'un certain temps on voit apparaître des phénomènes de paralysie du côté des membres postérieurs, l'animal se couche sur le ventre et est difficilement excitable, la sensibilité disparaît progressivement, il se refroidit et présente de la dyspnée. La mort arrive parfois tardivement.

A l'autopsie on ne trouve pas de lésions caractéristiques. La vessie est pleine d'un liquide rouge brun fortement acide et albumineux. La vésicule biliaire est fortement dilatée. Tous les organes de l'abdomen et du thorax sont congestionnés, le cœur est dilaté et le sang noir marron. Les reins sont fortement congestionnés surtout dans la couche corticale.

Chez les chiens nous avons opéré avec une solution de sérum physiologique alcoolisé à 10 0/0 et porté à la température de 37-39°, saturée d'anesthésine. Nous sommes arrivés à injecter par la voie veineuse jusqu'à 0 gr. 40 d'anesthésine par kilog d'animal.

On note simplement de l'abaissement passager de la tension sanguine avec augmentation du nombre des pulsations et des mouvements respiratoires. On remarque également quelques tremblements, puis les accidents disparaissent et le chien se rétablit. On constate pendant un jour ou deux une coloration rouge brun des urines qui sont quelquefois albumineuses.

L'anesthésine agit sur le sang en donnant naissance à de la méthémoglobine. A la suite de l'injection, on constate une coloration brune du sang, caractéristique de son altération. Cependant cette action est relativement peu intense et ne s'observe qu'avec les hautes doses d'anesthésine.

En définitive, ce produit paraît moins toxique que l'orthoforme tout en présentant une action physiologique analogue. Son action anesthésique peut facilement se constater; lorsqu'on en met quelques particules sur la langue il s'en dissout assez pour produire une anesthésie réelle qui dure pendant plusieurs minutes. Il possède de plus, sur l'orthoforme, l'avantage d'être plus stable et de ne pas se décomposer au contact des corps gras. Il sera probablement appelé à détrôner les anciens anesthésiques locaux, succédanés de la cocaïne. Les résultats cliniques obtenus en Allemagne sont satisfaisants, d'autre part, on n'a eu aucun accident à lui reprocher et il est à présumer, vu son pouvoir toxique facile, qu'il n'en occasionnera aucun, s'il est employé raisonnablement.

V. Noorden a fait des essais pendant deux ans et l'a administré à l'intérieur (2 à 3 fois par jour 0 gr. 03 à 0 gr. 5) pour combattre l'hyperesthésie stomacale (dyspepsie nerveuse et ulcère rond). Dans quelques cas, les effets calmants dépassèrent, comme intensité et durée, ceux obtenus par le chloral, l'eau chloroformée, l'orthoforme. On donnera de préférence l'anesthésine 10 à 15 minutes avant les repas. Dose maxima administrée par jour, 2 gr. 5.

(1) Le détail des expériences sera communiqué à la Société de Thérapeutique.

En cas de déglutition difficile ou de toux irritative, il a donné des pastilles à 0 gr. 2 à 0 gr. 4. L'action de ces pastilles est durable.

Dans l'hyperesthésie de l'intérieur du larynx, il la prescrivit en inhalations avec une émulsion à base de gomme adragante à 10 0/0 additionnée d'eau, ou encore avec une solution de 3 parties d'anesthésine dans 45 parties d'alcool absolu et 55 d'eau, enfin en saupoudrement en nature au moyen de l'instrument de Kabierske. Ce dernier procédé est surtout avantageux : il n'irrite pas, comme l'orthoforme. C'est le meilleur anesthésique local du larynx qu'ait employé Von Noorden.

En suppositoire (0 gr. 02 à 0 gr. 05 pour 2 beurre de cacao) le remède fut essayé pour combattre le ténesme et les bourrelets hémorroïdaires douloureux. Le ténesme ne fut pas influencé mais l'effet fut excellent en cas d'hémorroïdes ; en outre, les bourrelets diminuèrent sous son influence. Il est bien meilleur que l'orthoforme dans ce cas.

Le ténesme vésical, chez trois femmes, fut combattu avantageusement par des bâtonnets à 0 gr. 3 de substance active. Les accidents, d'origine nerveuse et mécanique, cédèrent au bout de quelques introductions de bâtonnets d'anesthésine.

Il obtint des effets remarquables dans un cas de prurit vulvaire chez une diabétique, avec une pommade à 10 0/0 avec lanoline. Dans les cas les plus rebelles, la guérison durable fut obtenue. Plus tard, il traita également des prurits eczémateux du scrotum, périnée, intertrigo, etc., avec succès. Il a agi même dans des cas de prurigo sénile, sauf dans deux cas. Tous ces essais comparatifs avec l'orthoforme se terminèrent en faveur de l'anesthésine. Celle-ci n'a jamais exercée d'irritation sur les tissus.

On a employé la solution de chlorhydrate d'anesthésine à 0 gr. 25 p. 100 en injection sous ou intradermique, avec addition d'un peu de chlorure de sodium et de très peu de morphine. Cette solution donne une anesthésie excellente (chlorhydrate d'anesthésine 0 gr. 25 chlorure de sodium, 0 gr. 15 chlorhydrate morphine, 0 gr. 15 sur 100). Ces injections ont donné des résultats dans des cas de verrues volumineuses, cicatrice gênante du visage, phimosis, kyste athéromateux.

On n'a jamais de phénomènes d'irritation ou toxiques.

Kossel se sert depuis cinq ans de l'orthoforme avec plein succès dans sa pratique laryngologique. Il a essayé l'anesthésine qui constitue le premier anesthésique connu, qui puisse être, sans aucun danger d'intoxication, introduit dans le larynx. Les inhalations, au moyen de l'inhalateur à vapeur (modèle courant) se font avec le mélange suivant : Anesthésine 20, menthol 10 à 20, huile d'olives 100. Il faut recouvrir le visage pour éviter l'irritation par le menthol ; si ce dernier médicament n'est pas supporté, on le supprime de la formule. La durée de l'anesthésie est de deux heures par jour. Chez les malades sensibles il faut donner auparavant de la codéine ou de la dionine à l'intérieur pour supprimer la toux. Le malade peut ainsi se soigner lui-même en cas de dysphagie par ulcération laryngée, ce qui n'est pas possible avec l'orthoforme.

Ramnstedt pratique l'infiltration de Schleich avec du chlorhydrate d'anesthésine (formule de Dunbar, en supprimant la morphine). Chlorhydrate d'anesthésine 0,25, chlorure de sodium, 0,15, eau distillée 100. L'anesthésie se produit de suite et dure assez longtemps pour permettre d'opérer (l'infiltration existe sur une longueur de 1 à 40 centimètres suivant les cas) : lon a jamais eu d'accidents. Même, dans les régions enflammées l'anesthésie est rapide et durable. Il a opéré 12 panaris, 11 phlegmons de la paume de la main, 12 furoncles et anthrax et quelques autres opérations de petite chirurgie.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 10 décembre 1902

Présidence de M. Sevestre

M. Barbier continue la communication concernant *l'institution du régime alimentaire*. Il a pu constater, à la consultation de l'hôpital Hérold, la proportion excessive de nourrissons amenés pour troubles dyspeptiques allant jusqu'à des états infectieux graves. L'orateur dispose de plus de 150 observations. Les mères de ces petits malades nourrissent pendant 15 jours et confient ensuite leurs enfants à des voisines ou à des crèches ; les nourrissons qui recevaient jusque-là 3 à 400 grammes de lait de vache, en reçoivent à partir de ce moment brusquement de 1 à 1 1/2 litre. A l'hôpital, on ne peut donner à ces petits dyspeptiques que du lait de vache, cause de leur maladie, aussi le problème est-il dans ces conditions fort difficile à résoudre. Les essais d'alimentation, même faits avec méthode, donnent souvent alors des résultats désastreux.

L'orateur, dès qu'un enfant de ce genre lui est présenté, commence par le soumettre a la diète pendant 3 à 4 jours, puis reprend l'alimentation, mais avec une prudence extrême, car les rechutes se développent dès qu'on veut aller trop vite. Sur quelles bases physiologiques peut-on s'appuyer pour avoir des données précises ? La quantité d'albumine et de calories nécessaire à l'enfant dyspeptique est beaucoup plus faible qu'à l'état normal, car l'enfant intoxiqué garde une empreinte de cette intoxication. Non seulement son tube digestif, mais encore sa nutrition cellulaire, l'ensemble de son organisme ont souffert : on observe du refroidissement périphérique, du collapsus et une diminution des échanges cellulaires.

Pour apprécier cet état spécial, on n'a qu'à se reporter aux travaux de Charrin et Riche, qui ont montré que l'enfant d'une femme tuberculeuse, sans être tuberculeux, présentera un tube digestif moins résistant, des urines plus rares que l'enfant normal. On dépistera ces états par l'examen des selles ; si celles-ci représentent des paquets volumineux, l'assimilation est défectueuse.

Quand, après une diète de 3 à 4 jours, on reprend l'alimentation et que le poids baisse, c'est l'indice d'une mauvaise assimilation. Au contraire, quand tout va bien, il y a une reprise marquée. Au bout de quelques jours, il y a souvent une reprise brusque des phénomènes nutritifs, précédée parfois d'une diminution de poids, comme si l'organisme, avant de se ressaisir, avait éliminé toutes ses toxines.

Chez le sujet sain, il y a une une tolérance spéciale pour les aliments azotés, une élimination se maintenant dans des limites parallèles à l'absorption. Il y a donc un équilibre intraorganique azoté.

La vie n'étant qu'une lutte contre les éléments de destruction, l'organisme perd beaucoup d'azote en luttant contre l'infection. Cette lutte en effet se fait au moyen de leucocytes, et ceux-ci exigent pour leur construction beaucoup d'albumine que l'alimentation fournira. Le besoin d'albumine est donc d'autant plus grand que le milieu est plus infecté, aussi voit-on le citadin avoir besoin d'une alimentation beaucoup plus substantielle que le campagnard, moins exposé aux infections.

Chaque fois que l'organisme a fait, par suite de maladie, une perte d'albumine, la période de reconstitution est alors beaucoup plus longue que chez l'individu normal ayant subi accidentellement une perte d'albumine.

En résumé, la ration d'albumine peut varier dans de grandes limites sans que l'organisme en souffre, avec la restriction de la menace d'artériosclérose. L'orateur émet cependant un certain doute à cet égard, cette maladie se montrant surtout chez les travailleurs intellectuels acharnés, qui soumettent leur système artériel à une tension trop élevée.

M. Bardet estime que les déchets de l'alimentation excessive entraînent des intoxications alcalines. L'orateur ne le croit pas, car les phosphates et sulfates éliminées en excès dans ces cas sont acides. Les carnivores, pour neutraliser l'excès d'acide provenant de leur alimentation, éliminent des proportions énormes d'ammoniaque. D'un autre côté, la physiologie nous montre que la toxicité urinaire n'est pas augmentée si on donne à des animaux une alimentation azotée excessive : à ce point de vue, il y a désaccord avec la pathologie.

En dehors des calories et de l'albumine, l'organisme a besoin en outre de sels minéraux, car sans eux les fermentations intra-organiques ne sauraient s'effectuer. Dans chaque fermentation, on rencontre une *dominante minérale*, dont la présence est nécessaire : la présure n'agit sur le lait que si ce dernier contient de la chaux et du phosphore. Chez l'homme, le fonctionnement de la glande hépatique ne peut s'effectuer normalement que si cette dernière contient du fer.

Enfin, certaines substances, pour être bien utilisées, doivent revêtir une certaine forme. Une souris pourra être nourrie indéfiniment de lait, mais elle succombera, si au lieu de lait, on lui donne exactement, sous une autre forme, le nombre de calories et les albumines que ce lait contient. Il y a donc un état physico-chimique de l'aliment qui joue un rôle considérable et empêche tout calcul théorique de donner un résultat utilisable dans la pratique.

Il faut considérer l'alimentation d'une famille, d'une race, etc., et voir si ces groupements prospèrent. Pendant la guerre sino-japonaise, des médecins japonais, retour d'Allemagne, voulurent appliquer aux soldats de leur pays les principes qui régissent en Allemagne la confection d'une ration d'entretien. Cette ration était tellement supérieure à celle des japonais, que de nombreux accidents se produisirent et qu'on fut obligé d'abandonner l'expérience. On constate des faits analogues sur les nourrices arrivant de la campagne et se plaçant en ville.

Chez l'adulte sain, la quantité d'albumine nécessaire varie de 0 gr. 25 à 2 grammes par kilo de poids du corps, en 24 heures. Chez l'enfant, à la ration d'entretien il faut ajouter celle de croissance, aussi faut-il compter 2 gr. 50 d'albumine.

L'alimentation du convalescent est subordonnée surtout au traumatisme subi par les cellules sous l'influence de l'intoxication. Si l'infection a été peu marquée, le problème est facile, mais il n'en est plus de même après des intoxications graves (tuberculose, diphtérie).

M. Linossier fait remarquer que le problème de l'alimentation est fort vaste et mal connu souvent. Si l'on soumet un obèse à un régime sévère, il perdra du poids pendant un certain temps, mais cette diminution ne se manifestera plus malgré tous les régimes quand un poids minimum aura été atteint. Il existe d'un autre côté des obèses fort petits mangeurs, auxquels on ne saurait prescrire un régime moins substantiel que celui qu'ils ont adopté.

Sans se suralimenter, on peut éliminer beaucoup d'azote. Succi, au 24e jour de son jeûne, usait encore 34 calories par jour, et bien des tuberculeux se maintiennent à peine en équilibre avec 60 calories.

Les variations individuelles tiennent beaucoup moins à la maladie momentanée dont un sujet est atteint, qu'à sa constitution héréditaire. La formule alimentaire d'un arthritique tuberculeux sera celle de l'arthritique et non celle d'un prédisposé à la phtisie.

Enfin, l'alimentation développe des sensations agréables qui entraînent à la suralimentation : le régime moyen est faussé par les raffinements culinaires. L'organisme peut se défendre, il est vrai, en augmentant ses combustions, mais il se fatigue à la longue de cette surexcitation.

M. Mathieu rappelle que chez le dyspeptique la douleur et l'insomnie sont des causes de déperdition considérables, nécessitant l'institution d'un régime riche. Quand le dyspeptique s'alimente mal, des complications se produisent, qui sont des manifestations de faim larvée. Seuls, les hyperchlorhydriques ont faim, les autres présentent des troubles (nausée paroxystique, par exemple) dont on méconnaîtra la cause véritable. Si on arrive à suralimenter ces malades, on voit du coup la stase gastrique, les douleurs, l'insomnie disparaître. Ces malades ne peuvent (ulcère) ou ne veulent pas (perversion de l'idéation) manger. Par le gavage, la suggestion, on fait disparaître les troubles et les douleurs.

L'orateur dispose d'un grand nombre d'observations, démontrant que cette méthode donne de bons résultats.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses et intoxications

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la faculté de Médecine.

Le traitement du rhumatisme aigu articulaire par le massage au pétrole, par le Dr SERAFIDE (*Revista san. milit. de Bucharest*, janvier 1902). Les avantages du pétrole sur les autres moyens de traitement du rhumatisme articulaire aigu sont nombreux. Le pétrole est une substance commune qu'on trouve partout à bas prix ; on peut l'employer avec ou sans le concours d'une médication et même dans ceux où l'usage du salicylate est contre-indiqué comme dans les cas de néphrite, de grossesse. D'après l'auteur, le massage au pétrole guérit sans récidive et en général au bout d'une huitaine de jours.

La technique est très simple : après avoir savonné l'articulation pour la dégraisser, on masse avec du pétrole d'éclairage habituel la région malade en suivant les règles ordinaires du massage, c'est-à-dire dans la direction du courant veineux.

La durée est de 10 minutes ; si le cas est grave, il est nécessaire de faire deux séances par jour. Après guérison complète on continue encore 2 ou 3 jours pour éviter les récidives.

Après le massage on applique un pansement sec ouaté sur la région. Quelquefois, à la suite du massage on constate quelques papules d'érythème ; il suffit de suspendre le massage pendant un ou deux jours et de badigeonner la surface de la région avec un peu de vaseline ; les papules d'érythème disparaîtront rapidement.

Notre confrère a eu l'occasion de traiter un cas de névralgie sciatique et un autre de goutte par le massage au pétrole. Dans les deux cas les douleurs ont disparu. Son présent mémoire renferme 14 observations de rhumatisme articulaire aigu traités par le pétrole. On y voit que l'influence du traitement s'est fait sentir favorablement dès les premières applications soit sur la douleur, soit sur l'évolution de la maladie.

Pour ceux qui ne peuvent souffrir la mauvaise odeur du pétrole, le Dr Serafide donne la formule suivante ;

Pétrole.....	100 gr.
Huile de Gaulteria.....	10 »
Thymol	1 »

Il termine son travail par les conclusions suivantes : Le massage au pétrole est le meilleur traitement du rhumatisme articulaire aigu parce qu'il est plus court qu'avec n'importe quel autre médicament, parce que l'application en est très facile et à la portée de tout le monde. On ne tient aucun compte ni de l'âge, ni des maladies concomitantes. On évite les inconvénients de l'emploi du salicylate. Le massage au pétrole abaisse la température et met les séreuses à l'abri de l'inflammation. Il a l'avantage de pouvoir être employé chez les brightiques, vu que dans la néphrite interstitielle on ne peut employer le salicylate ; il en est de même pour les femmes gravides. Enfin le traitement est fort peu dispendieux.

L. JUMON.

Traitement des intoxications saturnines aiguës et chroniques par la lumière bleue (*Med. Woch.* n° 36, 1902). — BREIGER ayant exercé pendant 20 ans comme médecin de fabrique, a eu l'occasion d'observer plus d'un millier de cas d'intoxication saturnine, et conclut en faveur des grandes entéroclyses, qu'on continuera jusqu'à disparition complète des scybales.

Sept saturnins chroniques ayant été soumis à des bains de lumière électrique (lampe à arc, lumière bleue), les résultats furent favorables, et l'auteur se décida à essayer ce traitement dans six cas aigus de colique saturnine. Les symptômes morbides s'amendèrent manifestement, et la durée de la maladie fut abrégée d'une façon notable.

E. VOGT.

Emploi de la morphine dans l'urémie, par M. Carter et Edgeworth (*The Bristol med-chir. J.* septembre 1902). — Il existe de fortes divergences d'opinion à l'égard de l'indication de la morphine dans l'urémie. Pour les uns elle est indispensable pour combattre l'agitation et le délire, elle procure du soulagement dans la dyspnée et la respiration de Cheyne-Stokes, sans d'autre part prédisposer au coma, pour d'autres, on doit éviter la morphine dans les états convulsifs provenant de l'albuminurie organique. Berrg Hart cependant recommande l'emploi de la morphine dans l'éclampsie puerpérale. Carter et Edgeworth fournissent une observation de rein granuleux et d'urémie chronique où la morphine fut employée pendant deux ans avec les plus heureux résultats.

L'observation concerne un homme de 60 ans atteint de néphrite interstitielle et de dilatation cardiaque avec tension artérielle très élevée. Il eut une première attaque d'urémie convulsive et comateuse dont il se relevu à la suite d'une forte saignée. Depuis cette première attaque, le malade eut à des époques plus ou moins rapprochées, des accès soit de délire, soit de vomissements, soit d'urémie convulsive, pendant une période de deux années. Or, tous ces phénomènes de nature urémique, convulsions, coma, vomissements, céphalée, dyspnée et délire cessèrent pendant un certain temps chaque fois qu'on faisait une injection d'un à deux centigrammes de morphine. Dans toutes ces circonstances, l'injection était toujours suivie d'une diaphorèse abondante et la quantité d'urine n'était pas diminuée. Jamais l'usage fréquent de la morphine ne donna lieu à un symptôme incommode ni à aucun accident. Il n'est pas douteux que la morphine ait eu une action favorable dans cette observation. La maladie suivit d'ailleurs son évolution et le malade succomba à une hémorragie cérébrale.

L. Jumon.

Antagonisme de la cocaïne et de la morphine au point de vue de la nutrition générale et dans le traitement du morphinisme, par Edward T. Reichert (*Therapeutic Gazette*, 15 août 1902). — Dans une étude physiologique et thérapeutique faite sur ce sujet, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : Les actions antagonistes entre la cocaïne et la morphine sont très marquées et s'étendent presque à toutes les fonctions. Leurs caractères justifient l'application qu'on peut faire de l'action antagoniste de l'une à l'autre. Les seules actions communes sont des propriétés excitomotrices en même temps que les deux médicaments ont une tendance chez quelques individus à causer la syncope. La cocaïne est un antagoniste de la morphine en ce qu'elle combat l'action dépressive de cette dernière sur la nutrition générale et la température du corps. L'augmentation de la produciton de chaleur causée par la cocaïne est en partie due à l'excitation directe de la nutrition générale et principalement à l'excitation motrice; même en l'absence d'excitation musculaire, la cocaïne peut contrebalancer avec succès la dépression due à la morphine. Les modifications survenues dans la température du corps après une injection de cocaïne sont en rapport avec celles qui surviennent dans la nutrition générale. Les effets caractéristiques de la cocaïne sont retardés chez l'animal morphinisé, ils se montrent alors avec une intensité marquée à un moment où ils s'atténuent rapidement chez l'animal normal. Dans ces conditions les dangers de l'intoxication par la morphine peuvent être dissipés par ceux de l'intoxication cocaïnique. Chez l'animal l'action excitomotrice de la morphine est très marquée, tandis que chez l'homme, à part quelques exceptions, il n'y a pas lieu de tenir compte de cette propriété, de sorte que l'action excitomotrice de la cocaïne ne peut s'ajouter à celle de la morphine.

D'après Reichert, la valeur de la cocaïne dans l'intoxication par la morphine dépend surtout de l'énergie avec laquelle elle combat l'action dépressive de la morphine sur la nutrition et sur la température. Quant à l'action de la cocaïne comme stimulant respiratoire, elle dépend presque exclusivement de son influence sur la thermogénèse. L'auteur recommande d'administrer la cocaïne à petites doses fréquemment répétées dans l'intoxication par la morphine, surtout en raison de la variabilité des effets de la première chez chaque individu.

L. Jumon.

Chirurgie générale

Dr Benoit

Ancien interne des hôpitaux.

Discussion sur l'appendicite (*Société de Chirurgie*, 19 nov. 1902). — Les échanges de vues continuent entre divers chirurgiens au sujet de la question opératoire. Chaque fois que des cas malheureux retentissants viennent donner raison aux défenseurs des principes modérés, il se lève un interventionniste à outrance pour soutenir la doctrine « d'opérer toujours et tout de suite. » Cette fois, c'est chiffres en main que M. Poirier déclare que sa statistique, donnant

8 0/0 de mortalité, lui paraît préférable à celle des abstentionnistes, qui serait de 30 0/0. On se demande ce que deviendraient ces chiffres si l'on pouvait confronter avec les tableaux susnommés, d'autres statistiques particulières où les proportions sont justement inverses. Il ne faut pas compter tirer arguments de ces documents par trop incomplets. Mieux vaut, avec M. Ricard, porter la question sur le terrain clinique. Ce dernier opérateur considère trois catégories d'appendicite : *les cas légers*, dans lesquels le chirurgien n'est pas souvent appelé et qu'il est, quant à lui, déterminé à ne pas opérer, de crainte d'ouvrir le ventre pour une indigestion ou la fièvre typhoïde. A citer aussi son opinion, que la réaction péritonéale, qui seule constitue le danger, ne semble pas en rapport direct avec la gravité des lésions appendiculaires. Il importe donc surtout de juger comment va réagir le péritoine. On peut donc laisser de côté *les cas très graves* d'emblée, où la discussion n'est pas possible quant à l'opportunité d'une intervention immédiate, pour concentrer toute son attention sur les *cas moyens*. Les collections purulentes, formant abcès de la fosse iliaque, doivent être tout naturellement opérées. Ce sont des *péritonites enkystées*. Pour les cas autrefois connus sous le nom de pérityphlites, c'est-à-dire *appendicites à plastron*, M. Ricard s'abstient, comme le font Broca, Jalaguier et d'autres. Il se contente de surveiller. La difficulté devient extrême dans les appendicites aiguës *sans plastron*. Un pouls bien soutenu, avec température très élevée, mais une localisation nette des lésions, permet d'instituer le traitement médical ; on ne s'en départira que s'il y survient des signes de généralisation, ou simplement une exagération quelconque dans l'intensité des symptômes, indiquant que la maladie ne cède pas.

M. Richelot s'est mêlé à la discussion pour confirmer les idées précédentes, avec une nuance interventionniste plus marquée cependant, lorsque, dit-il, la fièvre croît sans cesse. Ceci n'est pas si différent de l'opinion précédente, puisqu'il s'agit bien là d'une de ces exagérations d'un symptôme important qui indique l'opération. Comme les innombrables relations de cas que nous possédons aujourd'hui indiquent que la marche de la température, à elle seule, l'altération des traits, ne sont pas des guides sûrs, révélateurs de leur gravité, la restriction appportée par M. Richelot ne peut être admise. « Soyez très radicaux dans les cas d'appendicites aiguës, soyez très cliniciens dans les cas d'appendicites légères », conclut-il. Pourquoi se refuserait-on à se conduire en clinicien, même dans les cas d'appendicite aiguë ?

M. Richelot se félicite d'être intervenu dans un cas, où, au bout de trente-six heures, l'appendicite fut trouvée gangrénée. Le malade doit le salut à l'opération. Nous n'en avons pas la preuve certaine.

A. Benoit.

Résultats de la gastro-entérostomie par les divers procédés (*XVe Congrès franc. de Chirurgie*). — Divers chirurgiens viennent indiquer leur préférence pour tel ou tel procédé. D'une manière générale, le procédé de Roux est reconnu comme celui qui donne le meilleur fonctionnement de l'anastomose. Mais, à cause de sa durée et d'une plus grande difficulté, il doit souvent céder le pas à la gastro-entérostomie postérieure de von Hacker, qui convient tout spécialement aux cancéreux affaiblis.

A. Benoit.

Cure radicale de la hernie fémorale, par J. Henderson Wicoll (de Glascow), (*Congrès annuel de la British. méd. Associat.* 1902). — On sait que la hernie crurale ou fémorale est plus exposée à la récidive que la hernie inguinale, après l'opération dite de la cure radicale. La multiplicité des procédés prouve la difficulté à laquelle on se heurte pour fermer solidement l'étroit espace qui s'étend de la veine fémorale à l'angle interne de l'anneau.

Or, pour les cas simples, tous les procédés sont bons, ceux-ci fussent-ils réduits à la suture en bourse du sac, de Cushing, Curtis, Colez, Kocher, ou à des opérations similaires, de Bassini, Branz, Bottini, etc. Il n'en est pas de même pour les hernies d'une certaine dimension. Là, on est allé jusqu'à transplanter du cartilage (Chaput, *Bull. Soc. de chir.* 1845), le tendon conjoint des muscles oblique et transverse (Gordon, *British. med. j*, juin 1900) un lambeau ostéo-périostique venant du pubis (Trendelemburg, Kraske), des lambeaux musculo-tendineux du pectiné (Natson), du grand adducteur (Schwartz, 1890). etc.

L'auteur de cet article propose d'emprunter les matériaux nécessaires à l'anneau lui même sans autre complication. Voici son procédé, appuyé par de belles figures démonstratives, mais facile à saisir en somme et à répéter. Le but proposé est de fixer solidement l'arcade crurale ou ligament de Poupart à l'os pubien, par des sutures que l'on exécute de la façon suivante :

On commence par disséquer et vider le sac herniaire. Puis, on cherche à créer à la place de la dépression péritonéale intérieure, une saillie ou éperon. Pour cela, on divise le sac vidé en deux, en allant du fond à son collet.

On fait ensuite sur l'une de ces moitiés une ouverture près de son collet; par cette ouverture, on fait passer l'autre moitié du sac, parfois après l'avoir enroulée sur son axe longitudinal. On le réduit en masse, ainsi engrené, et il va se loger dans l'espace extra-péritonéal situé au dessus de l'anneau et que l'on aura eu soin de dégager. Ce n'est que dans les cas où le sac est très vaste qu'on en sectionnera une partie avant de réduire.

Pour fermer l'anneau, on fait une incision allant jusqu'à l'os, de la veine fémorale à la région de l'épine pubienne, passant sur le pubis au niveau du ligament de Gimbernat et divisant la portion pubienne du fascia lata, l'origine du tendon pectiné et le périoste. La longueur dépendra du refoulement en dehors des vaisseaux sanguins : elle atteindra quelques centimètres. On détache le périoste sur une étendue assez vaste pour découvrir l'os pubien. Il s'agit alors de percer dans cet os, près de son bord supérieur, en deux points distants de 2 cent. environ, deux trous avec un perforateur à main ordinaire. On se sert d'un rétracteur plein pour protéger les parties voisines. On passe ensuite dans ces ouvertures des anses doubles de catgut, ou autre matière absorbable, en se servant d'une aiguille courbe, si le fil ne peut-être poussé directement plié en deux. La manœuvre peut être facilitée par l'emploi d'un stylet malléable. Elle se rapproche de celle que l'on exécute pour la suture des fractures et avec un peu d'habitude, on y parvient aisément. On passe ensuite le fil à travers le ligament de Poupart, à plusieurs reprises et à des niveaux différents, de façon à abattre sur la face postérieure de l'os ce ligament d'une manière solide Il faut avoir soin d'éviter l'artère épigastrique en dehors et le cordon spermatique, chez les sujets masculins. On a ainsi prolongé en quelque sorte le ligament de Gimbernat, en tenant compte de la latitude que donne la présence de la veine fémorale. On achève ensuite l'occlusion parfaite en unissant, par des points de catgut séparés, la marge du pectiné et du fascia lata, que l'on avait écarté au début avec le ligament de Poupart ainsi fixé. La supériorité de cette méthode consiste, pour l'auteur, en ce fait que, portant le ligament de Poupart en arrière de la face postéro supérieure du pubis, dans la région de la ligne ilio-pectinée, elle réalise l'occlusion parfaite de l'anneau crural à son niveau tout à fait initial, sur le plan du ligament de Gimbernat, dont elle crée une expansion artificielle. Les statistiques seront ultérieurement publiées.

A. Benoit.

La sigmoïdopexie contre le prolapsus rectal par A. Jacoby (*New Orléans Méd. and. Surg. J.*, septembre 1902). — Sauf chez les jeunes enfants, le prolapsus rectal exige le plus souvent une opération, en raison des douleurs pendant les selles, parfois de l'incontinence, dans d'autres cas par suite de l'irritabilité consécutive de la vessie. Pour y remédier, Jeannel a proposé la colopexie, Verneuil la colopexotomie. L'excision ou la résection ont des indications restreintes. Cependant le procédé est applicable dans les cas aigus avec invagination irréductible et signes d'étranglement ou de gangrène, en second lieu dans les cas où le prolapsus est le résultat d'une tumeur maligne, enfin dans les cas de prolapsus atteint d'inflammation chronique ou dans ceux compliqués d'ulcération ou avec tendance à la sténose cicatricielle. Jacoby reproche à la résection d'être une opération sanglante et dangereuse, de ne pas rétablir d'une façon permanente et complète les fonctions du rectum, enfin d'exposer, quoique rarement, à ouvrir la cavité péritonéale.

Après avoir rappelé les diverses méthodes d'opération abdominale employées contre le prolapsus rectal, Jacoby décrit le procédé employé chez un homme de 43 ans atteint de prolapsus depuis son enfance. Le malade finissait par ressentir des troubles de la miction et de la défécation. On décida de faire une sigmoïdopexie en fixant l'S iliaque à la paroi abdominale, à travers une incision de Mc. Burney faite du côté gauche.

Un jour avant l'opération, le patient prit du sel d'Epsom, puis de la strychine et de la teinture de digitale. Le matin de l'opération on lui donna un lavement, on nettoya au savon et à l'eau, puis au bichlorure de mercure (1 à 3.000) et à l'alcool la région anale et l'abdomen. On pratiqua dans ce cas l'analgésie spinale à l'aide d'une injection de dix gouttes d'une solution stérilisée de cocaïne à 2 0/0, faite entre la quatrième et cinquième vertèbre lombaire. L'anesthésie fut complète et l'opération fut faite sans aucune douleur.

L'S iliaque fut mise à nu à travers une incision de Mc. Burney faite à gauche, puis le prolapsus rectal étant produit par un effort du patient on tira sur l'S iliaque jusqu'à ce que le rectum disparut dans l'anus. Alors l'intestin fut suturé à la paroi abdominale à l'aide d'un tendon de Kangurou. Le tendon à suture fut d'abord passé sur le ligament longitudinal antérieur de l'S iliaque puis ramené obliquement et repassé encore une fois au-dessus du même ligament. Les deux extrémités libres de la suture furent passées à travers le péritoine, les muscles transverse et oblique interne, donnant une figure de 8 de

ASTHME

CATARRHES

Pour supprimer immédiatement les accès et pour *guérir définitivement* la maladie, il n'y a pas de remède aussi efficace que le **PAPIER** ou les **CIGARES** **BARRAL**

Ce sont aussi les préparations dont l'emploi est le plus commode pour les Malades de tout âge. — Papier, **5** fr.; Cigares, **3** fr. — **FUMOUZE-ALBESPEYRES, 78, Faubg St-Denis, PARIS.**

Le meilleur Calmant

SIROP BERTHÉ

Souffrances de toute nature : ***Rhumes, Maux de Gorge, Maux d'Estomac, Douleurs de Ventre*** chez les Femmes, ***Excitation nerveuse, Insomnies,*** etc.

PÂTE BERTHÉ, complément du traitement.

EXIGER le ***Timbre officiel*** et la ***Signature***

Sirop, 3f; *Pâte,* 1f60.

FUMOUZE-ALBESPEYRES, *78, Faubg St-Denis, Paris.*

Dentition

SIROP DELABARRE

Sirop sans narcotique.

Employé en frictions sur les gencives, il facilite la sortie des Dents et supprime tous les accidents de la première Dentition.

Exiger le nom de DELABARRE et le **Timbre officiel.** — **3** fr. **50** LE FLACON

FUMOUZE-ALBESPEYRES, *78, Faubg St-Denis, Paris.*

CAPSULES RAQUIN

AU COPAHIVATE DE SODE

ANTIBLENNORRHAGIQUE LE PLUS EFFICACE à toutes les périodes de la maladie

NI ODEUR, NI RENVOIS, NI IRRITATION DES VOIES DIGESTIVES

DOSE : **6** A **12** CAPSULES PAR JOUR

PRESCRIRE : **CAPSULES RAQUIN** au **Copahivate de Soude**

EXIGER le **TIMBRE** de **l'UNION DES FABRICANTS.**

FUMOUZE-ALBESPEYRES, 78, Faubourg Saint-Denis, PARIS

LE PLUS EFFICACE DES VÉSICANTS

VESICATOIRE D'ALBESPEYRES

SEUL EMPLOYÉ DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES

Pour éviter les substitutions, prescrivez : **Vésicatoire d'Albespeyres,** *et surtout recommandez d'exiger la* **Signature d'Albespeyres** *sur chaque carré de* **5** *centimètres.*

Albespeyres

FUMOUZE-ALBESPEYRES, 78, Faubg St-Denis, PARIS.

chiffre, lorsque les deux extrémités furent liées, assez serrées pour que l'intestin fut solidement maintenu contre le péritoine pariétal et la paroi abdominale. La plaie abdominale fut ensuite fermée. Après l'opération, l'opéré reçut une injection de morphine et dix gouttes de laudanum toutes les quatre heures pendant les vingt quatre premières heures pour arrêter les mouvements péristaltiques. Régime liquide pendant les 8 jours suivants : le huitième jour le malade prend une petite dose de sel d'Epsom toutes les heures jusqu'à ce qu'il aille à la selle, ce qui eut lieu sans difficulté ni douleur. Huit jours après, les sutures furent enlevées. La réunion avait eu lieu par première intention. Les fonctions rectales étaient dès lors parfaites.

Plus tard l'opéré eut accidentellement de la diarrhée, mais jamais le prolapsus n'eut de tendance à revenir. Jacoby croit que cette opération offre beaucoup moins de danger que la résection et qu'on doit la préférer dans les cas de prolapsus du second et du troisième degré.

L. Jumon.

Ulcère rongeant (rodent ulcer); **sa pathogénie et son traitement**, par Joseph M. Ieely (*Congrès de la British. Méd. Association*, 1902). — L'auteur s'attache à démontrer que l'ulcère de la face dénommé « rodent ulcer » se distingue nettement de l'épithéliome de la peau pur et simple.

1. L'ulcère est affection locale ; il ne forme pas des métastases à distance par les voies lymphatiques comme le carcinome.

2. Abandonné à lui-même, il montre une tendance très nette à la réparation spontanée sur certains points, tandis qu'il progresse lentement, mais sûrement, dans une autre direction.

3. Tout en progressant, il montre une tendance marquée à éviter les follicules pileux, à tel point, selon son observation, qu'il déviera de préférence dans une autre direction ; on ne peut donner de ce fait d'autre explication qu'une prédilection pour quelques tissus ou cellules particuliers. Une seule observation, due au Dr James Paget, fait mention d'un ulcère ayant attaqué le cuir chevelu. En tout cas, on peut observer que les couches profondes de la peau sont atteintes les premières et que les lésions y sont plus prononcées que dans les couches superficielles. On peut s'en rendre compte quand on curette les bords de l'ulcère : les parties profondes sont molles et friables, tandis que les couches épithéliales semblent indemnes et que les bords paraissent enroulés, par opposition avec les bords des plaques de lupus.

4. L'exsudat qui est, pour ainsi dire, pathognomonique de la lésion, semble avoir une tendance à produire des auto-infections. Des inoculations seraient nécessaires pour en fournir une preuve indéniable. Il est digne de remarque que, dans l'angle de l'œil par exemple, il se produit un véritable nid infectieux, par macération prolongée des tissus. Le curettage donne de médiocres résultats, sans doute aussi à cause de l'inoculation des parties cruentées.

5. Tous les chirurgiens sont unanimes à reconnaître que les irritants et les caustiques, tels que le nitrate d'argent et le chlorure de zinc, retardent la marche de l'ulcère tandis qu'ils accélèrent celle de l'épithélioma. Ce signe seul suffirait à différencier la nature de ces deux lésions.

6. Il est à peine besoin de faire observer la différence de volume qui sépare les néoplasmes malins de l'ulcère rongeant.

Quant aux différences histologiques, elles sont en dehors du cadre de ce travail. Jusqu'à ce que la question de nature soit complètement élucidée, nous devons penser que l'ulcère rongeant, très proche parent du carcinome, doit être considéré comme intermédiaire aux tumeurs malignes et à l'ulcère simple ou spécifique.

Traitement. — A la question : l'ulcère rongeant peut-il guérir sans récidive, nous répondons sans hésitation : oui. Les résultats du traitement ont été contrôlés à longue échéance.

L'auteur signalera d'abord les principaux moyens reconnus efficaces. Ils se divisent en « opératoires » et « non opératoires. » L'électrocautère ou thermo-cautère est le meilleur instrument pour opérer ; mais il n'est pas toujours applicable. On doit se servir alors du bistouri et de la curette associés pour enlever la production morbide.

Parmi les procédés non opératoires, on doit nommer l'emploi des caustiques : *chlorate de potasse, collodion salicylique, chlorure de zinc, nitrate d'argent*, les meilleurs sans contredit. Quand aux rayons X, leur emploi est peu pratique, car il exige un temps trop long et ne peut être conseillé que dans les premiers temps de l'apparition des lésions. Or à ce moment, un traitement radical est celui qui donne le meilleur résultat. Le traitement que conseille l'auteur, lorsque l'ulcère n'est pas très développé, est l'application du *formol* pur ; si une seconde ou troisième application est nécessaire, il se sert de glycérine au formol de 30 à 50 0/0, avec ou sans tannin. Si le patient réclame l'anesthésie, il se sert d'un agent local tel que la cocaïne, ou l'acoïne qu'il considère comme le meilleur. En outre, cinq ou dix minutes après l'application du caustique, si la douleur est très

forte, il fait une injection sous-cutanée de morphine, qui endort le malade au bout de quinze à vingt minutes.

S'agit-il d'un ulcère très étendu, menaçant les os et difficilement accessible, il est préférable d'endormir le patient et d'enlever par le bistouri ou la curette tout le tissu malade; puis de saupoudrer de *poudre de tannin* ou d'extrait de glande surrénale pour tarir l'écoulement de sang et faciliter la formation de l'escarre. Ensuite, on emploie le formol ou la glycérine au formol, tenant le malade sous l'anesthésie pendant au moins cinq minutes. Il faut avoir soin d'éviter pendant ce temps toute évaporation du liquide employé. Si l'on applique le formol à l'état pur, il est rare que l'on ait à faire une deuxième ou troisième application, sauf pour quelques points isolés. Mais on ne doit pas hésiter à le faire aussi souvent que nécessaire, car le succès en dépend absolument. Il se forme, lorsque tout le tissu malade est détruit, une escarre blanchâtre, dont on favorise l'élimination spontanée par quelques pommades non irritantes. Avant qu'elle se soit détachée, on voit déjà des granulations se former et les bords de la lésion se rejoindre avec une rapidité souvent merveilleuse. Des clichés photographiques joints à cet article permettent de juger des bons effets du traitement préconisé par cet auteur.

A. Benoit.

Maladies des Voies digestives

Dr SOUPAULT

Médecin des hôpitaux

Importance du traitement médicamenteux dans les affections stomacales (*Merck's Archives* juillet 1902). — Boarman Reed estime que dans la grande majorité des cas, le traitement médicamenteux des dyspepsies est plus nuisible qu'utile. Toutefois, en cas d'hyperchlorhydrie, des doses de 1 à 3 grammes de bicarbonate de soude, additionnées de belladone ou d'atropine, 2 heures après le repas, neutralisent l'acide en excès dans les cas plus graves.

En cas d'ulcère, l'auteur est partisan de l'alimentation rectale exclusive pendant 1 à 2 semaines : plus tard, on donnera du lait, du bismuth (2 grammes par dose, trois fois par jour).

Dans l'hypochlorhydrie, l'administration d'acide chlorhydrique ne doit pas être poussée à l'excès : l'auteur estime que l'action d'HCL consiste à stimuler le fonctionnement des glandes stomacales et qu'il n'y a pas lieu de vouloir remplacer l'acide absent. La sécrétion stomacale sous l'influence de l'excitation produite par les petites doses (5 à 38 gouttes) d'HCL, arrivera peu à peu à posséder un pouvoir digestif plus accentué. L'auteur recommande d'ingérer la solution acide lentement (une gorgée toutes les 5 minutes pendant une heure après le repas). De cette façon, on évite toute action irritante sur la muqueuse stomacale.

Dans la gastrite aiguë, l'auteur recommande le calomel, à la dose de cinq milligrammes à un centigramme toutes les demi-heures. On obtient de cette façon un effet vomitif moins pénible pour le malade.

Les autres variétés d'affections gastriques sont traitées par l'auteur par des médications qui ne diffèrent pas sensiblement de celles en usage en Europe.

E. Vogt.

Discussion sur les principes du traitement de la dilatation de l'estomac, par Clifford Allbutt. (*Brit. med. J.*, 1er novembre 1902). — Après avoir discuté la cause et le diagnostic de la dilatation de l'estomac, M. Allbutt trace les règles générales du traitement. Il rappelle d'abord que la maladie est une fiction de l'esprit de même que la thérapeutique est une collection de règles abstraites. Les malades sont guéris moins par la thérapeutique que par le médecin. Les doctrines thérapeutiques nous rappellent des lignes de conduite, mais ne nous disent pas ce que nous devons faire dans chaque cas particulier. Ces réserve faites, l'auteur rappelle les règles du traitement de la dilatation obstructive : régime substantiel comprenant peu d'hydrate de carbone, lavages d'estomac et administration d'eau par le rectum, traitement qui doit être suivi jusqu'à ce que l'intervention devienne nécessaire.

Dans beaucoup de cas les troubles de l'estomac ne sont que l'expression d'un trouble général de la santé, comme cela arrive dans les convalescences des maladies infectieuses, dans la phtisie, les cardiopathies.

Dans la dilatation atoniqne de l'estomac, l'auteur s'est bien trouvé de larges doses de sous-nitrate de bismuth associées au bromure de potassium et à un peu de rhubarbe, prises dans une infusion mucilagineuse. On ne donnera pas de carbonate alcalin s'il y a excès d'acide chlorhydrique, mais la magnésie calcinée. Si l'estomac se ballonne sous l'influence de la production de gaz, la strychnine semble indiquée, sans qu'on puisse cependant compter sur un effet local immédiat. Bien que le lavage ne soit pas un élément essentiel de traitement, beaucoup de malades s'en trouvent bien.

L'électricité sous toutes ses formes, d'après Allbutt, n'a donné ici que des déceptions ; il n'en est plus de même du massage qui donne de bons résultats, bien que l'adresse des masseurs anglais soit très inférieure à celle des masseurs du continent. L'hydrothérapie, pratiquée d'une façon non routinière est souvent très utile, surtout dans les cas d'insomnie. On donnera des purgations salines légères, on évitera l'usage copieux d'eaux gazeuses.

Allbutt recommande les repas peu copieux, substantiels et fréquents : le malade boira peu aux repas et s'il a soif, il boira un peu d'eau, deux ou trois heures après le repas. Les boissons gazeuses sont particulièrement pernicieuses à l'estomac dilaté. Le lait doit être pris en quantités modérées. Les hydrates de carbone donnent facilement lieu à des dégagements de gaz, on permettra surtout le riz bien sucré.

La papaïne est très utile à la digestion pour les estomacs dilatés. L'acide chlorhydrique ne sera donné que si l'on suppose qu'il est diminué dans la sécrétion gastrique. Les malades mangeront lentement, mastiqueront soigneusement. Il est de règle de prescrire le repos au malade sur le côté droit après le repas, mais il est aussi nécessaire que le repos soit observé pendant 20 à 30 minutes avant le repas.

Dans les cas graves de gastroptoses, l'auteur recommande, outre un repos complet au lit, l'alimentation par voie rectale comme dans les cas d'ulcère.

S'il existe du spasme du pylore, on prescrira de la belladone ou de la cocaïne, mais souvent le spasme disparaît quand l'estomac a repris ses dimensions normales.

L. Jumon.

La dyspepsie nerveuse (*Deutsche Praxis*, 10 octobre 1902). — Le Pr Schule de Fribourg-en-Brisgau divise le traitement en général et local. Le malade doit être en premier lieu tonifié, par le séjour au grand air, le massage, l'hydrothérapie, la faradisation de l'abdomen dans quelques cas, des bains à l'acide carbonique (32°C.). Comme médicaments, les injections de cacodylate, la strychnine. Il faut autant que possible éviter les narcotiques : le bromure est toutefois, ainsi que la cocaïne, indispensable dans certains cas.

Comme régime, on se dirigera entièrement sur la susceptibilité individuelle : les hydrocarbures sont en général bien supportés, le lait, la viande saignante le sont moins. Les hyperacides seuls acceptent facilement les graisses.

E. Vogt

Valeur et indications de l'intervention chirurgicale dans la lithiase vésiculaire, par Lejars (*Semaine Médicale*, n° 47, p. 381, 1902). — La colique vraie est rare ; la colique fausse, sans expulsion, sans ictère, est de beaucoup la plus fréquente (90 0/0) d'après Riedel ; elle est intimement liée à l'obstruction du col de la vesicule ou du cystique : c'est une poussée de cholécystite dans une vesicule close au moins partiellement.

A ce moment, il faut intervenir, car lorsque les calculs entrent en migration, ils distendent peu à peu le cholédoque et ouvrent ainsi la porte à l'infection ; dans la lithiase, presque toujours le danger commence avec la migration des calculs.

L'intervention précoce, à la phase vésiculaire de l'affection, est une opération radicale.

Jusqu'ici le recours à la chirurgie a cependant été presque toujours une détermination tardive : d'urgence, on opère dans les cas de perforation de la vésicule, dans la cholécystite et la péricholécystite suppurées, compliquées de péritonite. Quand la cholécystite se complique d'angiocholite infectieuse, généralement le résultat de l'intervention est des plus aléatoires, cependant Kehr a obtenu des guérisons.

L'intervention est pressante également, sous la menace de l'angiocholécystite septique, sous la poussée de crises douloureuses ininterrompues.

Dans certains cas, les accidents sont moins aigus, d'allure moins brusque et de gravité moins imminente ; mais la répétition des crises durant plusieurs semaines et de tous les accidents qu'elles entraînent, finit par créer un « état de mal hépatique », une infection lente et progressive, une sorte de cachexie, que peut seule conjurer une intervention rapide.

Dans les cas franchement chroniques de tumeur calculeuse deux éléments principaux commandent l'intervention ; ce sont la douleur, la tumeur, l'un et l'autre souvent combinés, parfois dissociés. L'opération dans ces cas pourra être bénigne, simple et radicale.

A l'heure actuelle, l'ablation pure et simple de la vésicule calculeuse, la cholécystectomie, devient de plus en plus l'opération de choix.

La cholécystectomie suppose deux conditions préalables : 1° le canal cholédoque doit être libre ; 2° l'infection des voies biliaires ne doit pas être trop avancée.

G. Lyon.

Appareil pulmonaire
Cœur et Vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine

Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire par le cinnamate de soude, par P. Meyer (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 20 novembre 1902). — Le traitement de la tuberculose par le cinnamate de soude a été proposé en 1891 par le Pr Landerer. Le but visé était de provoquer une inflammation aiguë, aseptique autour des foyers tuberculeux. Effectivement, à la suite d'injections de cinnamate de soude, on constate une forte leucocytose autour des foyers tuberculeux et ultérieurement une tendance très nette à la transformation fibreuse des tubercules.

Le cinnamate de soude s'administre par injection extra-veineuse aux doses de 1 à 25 milligrammes (une injection toutes les quarante huit heures), en solution dans la solution saline-isotonique. On fait l'injection au niveau du pli du coude.

Les résultats pratiques obtenus à Leysin ne permettent guère de faire foi sur cette médication.

G. Lyon.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par le valérianate de gaïacol (*Therap. Monatshefte*, novembre 1902). — Kuhn administre ce médicament (*géosote*) en capsules de 0 gr. 20 ou 0 gr. 40 ou en gouttes (additionnées de parties égales de teinture de gentiane). Ce dernier mode d'ingestion provoque fréquemment des troubles stomacaux : il est vrai que certains malades supportent au contraire mieux les gouttes que les capsules.

Sur 20 malades, 10 ont accusé une amélioration durable de l'appétit, 4 une diminution des sueurs nocturnes, 8 une diminution de la toux et de l'expectoration ; 12 sujets augmentèrent de poids (dans un cas de 9 kilos en 2 mois). La diarrhée n'est pas influencée.

L'action du médicament est nulle chez les malades avancés.

En résumé, la valérianate de gaïacol possède une action tonique indéniable, ne provoque aucun phénomène accessoire désagréable, et trouve des indications dans les cas de tuberculose peu avancée, de bronchite chronique, de dilatation bronchique, etc.

E. Vogt.

La cryogénine dans la fièvre des tuberculeux (*Presse méd.*, 22 nov. 1902). — La cryogénine est une semicarbazide aromatique métabenzaminosemi-carbazide. Elle se présente sous la forme d'une poudre cristalline blanche, peu soluble dans l'eau ; elle jouit de propriétés antithermiques remarquables. Dumarest en a étudié l'application dans la fièvre des tuberculeux.

La dose thérapeutique, qui varie de 20 centigrammes à 1 gr. 50, est sans action sur les sujets sains. Administrée en une fois, chez les fébricitants, elle amène une défervescence rapide de 1° à 2° qui s'accuse immédiatement, atteint son maximum au bout de deux heures environ et reste encore sensible le lendemain matin, contrairement à ce que l'on observe avec la plupart des antipyrétiques.

Cette dépression thermique semble liée à une action de présence, car elle s'obtient avec des doses faibles et n'est pas toujours proportionnelle à la dose. En particulier, la défervescence une fois obtenue, peut être maintenue à l'aide de doses très faibles, continuées pendant quelques jours. Dans la plupart des cas, l'action médicamenteuse est encore nette le lendemain.

La cryogénine n'est nullement toxique et son administration prolongée n'entraîne pas d'inconvénients. Elle ne possède aucune propriété anodyne, analgésique ou hypnotique, bien qu'elle se range dans la catégorie des antithermiques nervins. Par contre, elle n'a provoqué en aucun cas ni frissons, ni sueurs, ni collapsus, ni cyanose, ni troubles cardio-vasculaires, ni troubles digestifs, ni accidents cutanés ou sensoriels, ni modifications urinaires. C'est un antithermique pur, particulièrement précieux, par conséquent, dans les cas ou la fièvre est durable et doit être combattue longtemps.

Certaines formes fébriles, dans l'évolution de la tuberculose, se montrent rebelles à l'action antithermique de la cryogénine (fièvre soutenue liée à l'intoxication tuberculeuse, ou accompagnant les poussées congestives) ; ces manifestations fébriles résistent constamment du reste aux antithermiques. Par contre, les fièvres inflammatoires secondaires, la fièvre de caséification et la fièvre hectique ont été constamment améliorées. Dans les cas où l'accès n'est pas supprimé, sa hauteur et sa durée sont toujours réduites.

Son innocuité et son efficacité font donc de la cryogénine le médicament de choix de la fièvre des tuberculeux.

Le mode d'administration le plus commode de la cryogénine est le cachet ; la parfaite tolérance des voies digestives à son égard et sa facile absorption dispensent de rechercher

d'autres voies d'introduction, que rendrait d'ailleurs malaisées sa faible solubilité Les doses de 20 centigrammes à 1 gramme sont généralement suffisantes ; il y a tout avantage à commencer par une dose plus massive, administrée en une seule fois, au début de l'ascension thermique ou un peu avant, à une ou plusieurs reprises. Il suffit ensuite de maintenir le résultat acquis, à l'aide de doses décroissantes de 60 à 20 centigrammes, données tous les deux jours seulement, à la même heure, aussi longtemps qu'il est nécessaire.

E. Vogt.

Du traitement de l'hemoptysie par l'adrénaline, par Souques et Morel (*Société Médicale des hôpitaux*, 14 novembre, 1902). — MM. Souques et Morel ont essayé le chlorhydrate d'adrénaline en injections hypodermiques contre l'hemoptysie des tuberculeux et employé, à cet effet, un demi milligramme, c'est-à-dire un demi-centimètre cube d'une solution au millième. Chez quatre malades, ils ont obtenu l'hémostase dans un temps relativement court.

Il ne semble pas que la dose de 3/4 et de 1 milligramme ait une action beaucoup plus rapide. Par contre, elle expose à des inconvénients : céphalée, vertiges, étourdissements, angor pectoris, nausées, vomissements.

L'adrénaline semble agir par vaso-constriction.

G. Lyon.

De l'extrait de capsules surrénales comme hémostatique dans les hémoptysies tuberculeuses, par le Dr Prud'hommeaux (*La Revue Médicale*. 10 septembre 1902). — Les propriétés hémostatiques de l'extrait de capsules surrénales sont utilisées avec succès depuis quelque temps déjà par plusieurs médecins anglais. A leur exemple M. le Dr Prud'hommeaux a employé cet extrait dans 17 cas d'hémoptysie tuberculeuse. Il a prescrit l'extrait en lavement à la dose de 0 gr. 50 par lavement (dose maxima employée : 1,50 par jour, en 3 lavements).

G. Lyon.

La gélatine comme hémostatique dans les hémoptysies (*Medicinskoïe Obostrenie*, nos 13 et 14, 1902). — En se basant aussi bien sur des travaux déjà parus à ce sujet que sur les observations personnelles, Gybulski préconise des injections de gélatine dans les hémoptysies. On procède de la façon suivante. On lave soigneusement la région dans laquelle on veut faire la piqûre (l'auteur, lui, préfère la face antérieure du tibia) ; on fait bouillir la seringue (jusqu'à une heure) et l'on injecte une certaine quantité d'une solution à 2 0/0 de gélatine dans le sérum physiologique. La quantité totale injectée varie de 100 à 200 grammes en 24 heures.

Si besoin est, les injections sont répétées, soit le lendemain, soit le surlendemain. Après l'injection, la température s'élève pendant quelque temps : dans quelques cas, on est obligé de recourir à l'anesthésie préalable.

L'injection faite, on applique un pansement humide à la liqueur de Burow, et pour accélérer l'absorption, on met sur le pansement un flacon contenant de l'eau chaude.

Etant donné que les injections de gélatine ont été suivies dans quelques cas publiés par d'autres auteurs, de tétanos, Gybulski insiste sur la nécessité absolue d'une stérilisation très soigneuse. Pour sa part, il fait bouillir la gélatine pendant une heure à 100°, pas au-dessus, car à 115° la gélatine perd ses propriétés hémostatiques; il place ensuite la gélatine dans un thermostat pendant 24 heures, le surlendemain il la fait bouillir de nouveau pendant une heure à la température indiquée et la replace dans un thermostat pour 24 heures.

J. Roubleff.

Traitement de la pleurésie exsudative d'après le procédé de Levacheff (*Thérapeutique Moderne Russe*, no 8, 1902). — On sait que le procédé de Levacheff consiste à injecter dans la plèvre, après la ponction, du sérum physiologique en quantité proportionnelle à celle de l'exsudat évacué.

Les auteurs étant loin d'être d'accord sur la valeur de ce procédé, signalons le travail de Tanfilieff qui, en se basant sur 9 cas de pleurésie exsudative, traités d'après le procédé de Levacheff, se prononce en sa faveur.

Ajoutons que sur ces 9 cas, dans 5, l'exsudat a été séreux, dans 7 cas séro-fibrineux et enfin dans 2 autres cas hémorragique.

J. Roubleff.

Sur quelques cas de kinésithérapie cardiaque, par Frétin (*Société de kinésithérapie* séance du 31 octobre 1902). — L'auteur dispose de 154 cas d'affections cardiaques diverses auxquelles il a appliqué le traitement suivant, variable dans certaines limites : même chez les neurasthéniques exempts de lésion valvulaire ou vasculaire, il fait toujours exécuter un certain nombre de mouvements, adaptés à l'état du malade : mouvements passifs pour débuter, puis quelques grandes inspirations voire quelques mouvements à résistance. Tous ces mouvements acquièrent, dans les cas de lésion matérielle, une importance primordiale, ils auront une durée de 5 à 10 minutes, seront appropriés à l'état du malade, et les inspirateurs

et expirateurs seront particulièrement mis en action.

2° A ces mouvements succède le massage du cœur qui consiste 1° en effleurages de la région précordiale, suivis de hachures et de vibrations manuelles. Les hachures s'exécutent aussi rapidement que possible, sans rudesse toutefois, avec le bord cubital des 2 mains. Pour faire ses vibrations, l'opérateur, soit assis, soit debout, ce qui vaut mieux, applique le talon de la main, c'est-à-dire la partie postérieure des éminences thénar et hypothénar, sur la poitrine du malade. Sans cesser d'appuyer, il imprime à son poignet un mouvement de vibration énergique, et qui est répété de point en point dans toute l'étendue de la région précordiale. Cette dernière manœuvre est particulièrement sédative des mouvements du cœur; l'avant-bras, le bras et la main doivent rester presqu'immobiles.

La durée de ces hachures et vibrations ne dépasse guère quelques minutes. Si les battements du cœur restent tumultueux, s'ils ne deviennent pas plus réguliers, plus forts, si la douleur persiste ainsi que l'angoisse, on laisse le malade se reposer quelques instants en l'engageant à faire quelques inspirations lentes et profondes, puis on lui conseille quelques mouvements d'élévation des bras, pour terminer par une application, dans la région dorsale, entre le bord spinal de l'omoplate et la colonne vertébrale, de la pelote du vibrateur de Carlsohn.

On fait de la sorte des vibrations rapides pendant quelques minutes, 3 à 5 en général. Ces vibrations exercent sur l'activité et la sensibilité cardiaques une action vraiment remarquable. Avec un peu d'habitude on arrive même assez aisément à exécuter ces vibrations avec la main. Mais il est plus commode et surtout moins fatiguant d'avoir recours au vibrateur, car la manœuvre exécutée à la main est des plus pénibles pour l'opérateur.

Avant d'abandonner le malade, l'auteur fait un léger massage de la région gastrique. S'il s'agit d'un dyspeptique chez lequel les symptômes cardiaques paraissent subordonnés à l'état de l'estomac, ce massage gastrique passera au premier plan. Mais même chez les malades souffrant uniquement du cœur, quand l'estomac ne paraît pas en jeu, il y a toujours lieu, chez les palpitants, chez les angineux, de surveiller l'estomac.

Il faut en outre rechercher avec soin les irradiations nerveuses douloureuses et les traiter au besoin.

Il n'est pas rare de voir, sous l'influence de ce traitement kinésique, réussir les médicaments qui jusqu'alors étaient restés sans effet ou n'avaient donné que des résultats médiocres, tels les bromures, la valériane, l'antipyrine, la quinine, la digitale même.

Combien faut-il faire de séances de traitement? Il n'y a pas de règle à cet égard. Une séance quotidienne a toujours suffi à l'auteur. Chez les nerveux purs, on la fera de préférence avant le repas du soir : chez les aortiques, chez la plupart des angineux, la séance du matin, d'assez bonne heure, a paru donner les meilleurs résultats.

Dans quelles variétés nosologiques cette kinésithérapie spéciale réussit-elle mieux ? La maladie de Basedow n'a donné que des insuccès : l'auteur dispose d'une douzaine de cas. Les palpitations dyscrasiques, ou toxiques, de même que les pseudo-angines de même nature, sont souvent assez rebelles. Les goutteux, les théomanes, les tabagiques, demandent une grande persévérance : l'auteur n'a pas eu chez eux d'insuccès véritablement complet. Pour les autres malades, qu'ils soient atteints de lésions organiques, plus ou moins graves, ou simplement de désordres nerveux, il trouveront dans l'emploi des pratiques indiquées le soulagement et quelquefois même la guérison.

E. Vogt.

Les troubles cardiaques d'origine gastro-intestinale, par Legendre (*Revue Internationale de Médecine et de Chirurgie*, 20 novembre 1902). — Les troubles cardiaques d'origine gastro intestinale sont souvent méconnus ; leur étude a cependant une très grande importance, car elle peut éviter aux médecins des mécomptes thérapeutiques. Il faut avoir présent à l'esprit la possibilité de ces accidents : leur étude peut se scinder en trois chapitres ; 1° retentissement des affections de l'estomac sur le cœur ; 2° retentissement des maladies du foie sur le cœur ; 3° retentissement des affections intestinales sur le cœur.

1° *Retentissement des affections de l'estomac sur le cœur*. Il se manifeste par des syndromes variés : tantôt ce sont des palpitations tellement intenses qu'elles passent au premier plan et attirent l'attention du sujet à ce point qu'il oublie les troubles gastriques dont il est atteint; souvent ce sont des intermittences revenant toutes les deux ou trois pulsations et apparaissant pendant la période digestive ; elles ne sont point influencées par l'effort et sont tantôt perçues par les malades (arythmie palpitante), tantôt ignorées.

Plus rarement il y a des crises de tachycardie paroxystique survenant la nuit surtout ; enfin à la suite d'indigestions il n'est pas rare d'observer du ralentissement ; cette

bradycardie se rencontre souvent dans la dilatation de l'estomac. La pseudo-angine de poitrine chez les dyseptiques névropathes peut se montrer assez fréquemment : le phénomène de l'angoisse est alors très marqué. Plus grave est la forme cardio-pulmonaire de Bain dans laquelle survient de l'hypotonie avec phénomènes d'insuffisances tricuspidienne. Chez ces malades il existe en même temps que les troubles une intoxication ; l'hérédité et le tempéramment neur-arthritique jouent un rôle dans leur éclosion.

2° *Retentissement de l'intestin sur le cœur.* — Il donne lieu à des phénomènes moindres, palpitations, intermittences. Souvent les malades ont une teinte d'un jaune terreux; ils sont sujets aux érythèmes. Chez les femmes atteintes d'entérite mucomembraneuse, les troubles cardiaques ne sont point exceptionnels.

3° *Retentissement du foie sur le cœur.* — La respiration est haletante, il y a de l'arythmie des palpitations; ces symptômes cardiaques peuvent exister au cours de la lithiase.

Il ne faut point oublier que les affections cardiaques ont à leur tour un retentissement sur les voies digestives; de là le précepte d'avoir soin chez les cardiaques d'assurer leur intégrité.

Chez les malades dyspeptiques, le traitement variera suivant la forme de la dyspepsie; aux hyperchlorhydriques on donnera le régime lacté, puis une alimentation peu riche en féculents; aux hypopeptiques on prescrira l'acide chlorhydrique, la pepsine, la gastérine. Aux sédatifs nerveux par la voie digestive il faut préférer l'extrait de valériane en suppositoires: les douches tièdes, les lotions et affusions, les bains de tilleul rendent des services.

Pour décongestionner le foie, on emploiera le sulfate de magnésie, le calomel à la dose de deux centigrammes en pilule associé à 0 gr. 10 ou 0 gr. 20 de lactose et de sirop de gomme continué pendant 10 à 12 jours. Le salicylate de soude à la dose de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 constitue un bon cholagogue. Le podophyllin, l'évonymine favorisent le flux biliaire.

Chez les ictériques, il faut donner le lait écrémé et dilué, et les lavements froids.

P. Sainton.

Maladies du Système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de l'épilepsie par l'opocérébrine de Pel (*Thérapeutique Moderne* n° 8, 1902). — Après avoir affirmé que la priorité du traitement de l'épilepsie par l'opocérébrine de Pel lui appartient, Pantschenko formule à ce sujet, en se basant sur ses observations personnelles, les conclusions générales que voici :

1° La combinaison de l'opocérébrine avec le bromure de sodium — proposée, comme les lecteurs de la *Revue* le savent, par le Dr Lyon, — ne doit pas être admise, car c'est précisément dans les cas où l'on avait d'abord employé le bromure que l'opocérébrine agit le moins énergiquement.

2° Deux catégories d'épileptiques sont particulièrement susceptibles d'être améliorés par l'opocérébrine de Pel. *a*) Ceux qui n'ont jamais été traités par le bromure, *b*) ceux qui n'ont été traités par le bromure que depuis très longtemps, de sorte que le bromure s'est éliminé définitivement.

3° Les malades présentant des symptômes nets de bromisme doivent, avant d'être soumis au traitement par l'opocérébrine de Pel, chercher par tous les moyens à débarrasser leur économie du brome. L'auteur conseille même de recourir à des analyses minutieuses des urines.

4° Aucun régime particulier n'est nécessaire dans le traitement de l'épilepsie par l'opocérébrine : il suffit de recommander aux malades de s'abstenir de viande (cette abstention ne doit du reste pas être absolue), de manger de préférence des légumes et prendre du lait.

5° L'opocérébrine de Pel est administrée soit à l'intérieur, sous forme de tablettes, soit sous forme d'injections sous-cutanées.

6° Les injections sous-cutanées donnent le même résultat que les tablettes; toutefois, l'effet est plus rapide dans le premier cas que dans le deuxième.

En ce qui concerne l'explication qu'il y a à donner à l'action de l'opocérébrine de Pel, Pantschenko cite les expériences du Dr Tarchanoff qui montrent que le calme produit résulte d'un côté, d'une diminution d'irritabilité des centres nerveux, d'une excitation des centres inhibitoires du cerveau de l'autre.

Ajoutons qu'un autre auteur russe, Kaplan, se prononce absolument contre toute valeur de l'opocérébrine de Pel dans l'épilepsie.

Après avoir administré cette préparation pendant plus de 30 jours de suite, Kaplan n'a jamais observé la moindre amélioration dans 14 cas; mieux que cela, dans deux il a constaté que les accès sont devenus plus fréquents et plus intenses.

J. Roubleff.

Traitement de l'épilepsie par les agents physiques (*Bl. f. Klin. Hydrotherapie*, juin 1902). — Strasser estime que la diminution du nombre et de l'intensité des accès peut être obtenue grâce à des applications réfrigérantes sur les régions crânienne et rachidienne. Il est curieux de constater, d'un autre côté, que les enveloppements humides, dont l'action calmante, en cas d'exagération des réflexes, est si manifeste, ne présentent aucun avantage en cas d'épilepsie ; les demi-bains à 26-30° c. exercent une action sédative bien plus marquée dans cette affection. En outre, l'hydrothérapie, prudemment maniée, permet de combattre les manifestations cutanées et gastro-intestinales du bromisme : grâce à son emploi, on peut arriver à abaisser la quantité de bromure administrée sans que les effets thérapeutiques soient pour cela diminués. Il est indéniable que l'hydrothérapie favorise l'élimination rapide du bromure.

Dans les cas graves, on n'emploiera que les demi-bains (*v. plus haut*). Chez l'épileptique jeune et robuste, des demi-bains de 20°, abaissés à 18° C. de 2 à 5 minutes, des affusions, même des douches (éviter de doucher la tête) avec faible pression pour le corps et pression plus forte pour les jambes et les pieds. rendront de grands services. Les pratiques hydrothérapiques provoquent une forte sudation et les douches à haute pression seront prohibées. Les troubles dyspeptiques seront combattus par des enveloppements humides locaux.

La mécanothérapie n'a pas donné de résultats bien marqués : quant à l'électrothérapie, sous quelque forme que ce soit, elle n'a donné que des résultats négatifs ou nuisibles.

E. Vogt.

Considérations sur le traitement électrique des névralgies au sujet de deux cas rebelles guéris par l'électricité, par Laquerrière et Delherm (*Progrès médical*, 1902, 6 septembre). — Les procédés d'électrisation les plus divers ont été employés pour la cure des névralgies dites essentielles; le mécanisme fonctionnel de leur action est encore peu connu, mais leur efficacité ne saurait être mise en doute. Il semble que la faradisation, l'emploi des diverses sortes d'étincelles (franklinienne, de haute fréquence, de courant de Morton), etc., agisse par révulsion. La faradisation pénétrante agit comme anesthésique en épuisant l'excitabilité nerveuse par la répétition rapide des excitations. Les courants de haute fréquence, en application autre que l'étincelle, ont une action difficile à déterminer. Les courants de Morton agissent à la manière des courants de haute fréquence et de la faradisation dont ils possèdent les effets. En ce qui concerne le courant continu, les uns appliquent le pôle positif au point le plus douloureux, tandis que d'autres y placent le pôle négatif. Il est un fait dont il faut tenir compte dans l'action de l'électricité, ce sont les modifications circulatoires qu'elle apporte dans la région malade : il en résulte très certainement une amélioration des échanges organiques et un changement dans la nutrition des cellules nerveuses. Quoiqu'il en soit, le rôle curateur de l'électricité ne saurait être mis en doute; quant à dire quel mode d'électricité conviendra mieux dans un cas donné, le problème n'est point encore tranché. Les deux cas que rapportent les auteurs montrent d'une part l'efficacité réelle du traitement électrique, d'autre part les bons résultats que l'on peut attendre de la *révulsion faradique* et de la *galvanisation polaire positive* au point douloureux *à haute intensité*. Le premier a trait à une malade atteinte de névralgie intercostale rebelle. ayant résisté à la résection du nerf et même de la côte; la galvanisation amena un soulagement notable qui se transforma en guérison, grâce à la révulsion faradique. Dans le deuxième cas, il s'agit d'une sciatique névrite ayant résisté à tous les révulsifs habituels et même à l'injection épidurale de cocaïne (3 injections) et qui fut guérie par l'application de courants galvaniques de 30 à 40 milliampères.

Il est nécessaire pour obtenir de bons résultats du traitement électrique, qu'il soit confié à des mains expérimentées, que des intensités fortes soient employées dans certains cas, enfin que les électrodes soient bien appliquées pour éviter la douleur et l'escharification quand on emploie des courants de très forte intensité. Il faut avoir recours à des séances répétées et ne point hésiter à varier le mode d'application de l'électricité; là où un mode opératoire a échoué, un autre peut réussir.

P. Sainton.

Ophtalmologie

Dr E. Kopff

Médecin oculiste de l'hôpital St-Joseph

Conduite à tenir en présence des affections sympathiques de l'œil, par Terrien (*Journal des Praticiens*, n° 38, p. 955, 1902). — On désigne sous la dénomination d'affections sympathiques tous les accidents irritatifs ou inflammatoires pouvant survenir dans un œil, alors que l'autre a été antérieurement blessé ou atrophié. L'œil primitivement lésé est ordinairement appelé :

œil sympathisant; le second : œil sympathisé.

Les maladies de l'œil sympathisant sont les plaies du globe oculaire, les ulcères étendus de la cornée avec perforation; les irido-cyclites et irido-choroïdites, certaines variétés de tumeurs, etc.

Les phénomènes sympathiques se manifestent au plus tôt quinze jours après la lésion du premier œil; quant à la limite après laquelle ils ne sont plus à redouter, elle est pour ainsi dire indéfinie, ils peuvent apparaître après 15, 25, 30 ans.

Les affections de l'œil sympathisé sont d'ordre irritatif (douleurs névralgiques, etc., photophobie) ou d'ordre infectieux (irido-choroïdites ou uvéites plastique, séreuse; papillo-rétinites).

Dans le cas d'irritation sympathique il faut éloigner la source d'irritation. Recommander tout d'abord le repos à l'obscurité combiné aux compresses chaudes et aux antiphlogistiques. Si les symptômes ne cèdent pas, on aura recours à l'énucléation de l'œil sympathisant.

Dans le cas d'ophtalmie sympathique, on doit employer le mercure sous forme de frictions d'onguent napolitain, de petites doses de calomel à l'intérieur, et surtout d'injections intramusculaires d'huile bi-iodurée. On fera chaque jour en plein muscle fessier une injection intramusculaire d'un centimètre cube de la solution suivante :

Huile d'olives, bien lavée à l'alcool.
et stérilisée..... 30 grammes
Bi-iodure d'Hydrargyre.. 0 gr. 18

On prescrira utilemement d'autre part les purgatifs, la sudation, les diurétiques.

Comme traitement local, du côté sympathisant, l'énucléation s'impose; le nerf optique sera sectionné le plus loin possible du globe. L'énucléation ne sera d'ailleurs faite que si la vision de l'œil sympathisant est entièrement abolie; dans le cas contraire on se contentera de faire sur l'œil sympathisant un traitement identique à celui fait sur l'œil sympathisé :

Instillation d'atropine à 1 0/0; si l'atropine est mal tolérée, elle sera remplacée par la duboisine ou le bromhydrate de scopolamine à 1 0/0. On ajoutera les compresses chaudes fréquemment renouvelées et le séjour dans une chambre obscure tant que durent les phénomènes irritatifs. Enfin, les injections sous-conjonctivales de sublimé au millième ou à 1 p. 500 pourront compléter la médication.

G. Lyon.

Phénol dans le traitement du trachome (*Thérapeutique Moderne Russe*, nos 7 et 8, 1902). — Après avoir constaté le peu de succès que donne l'emploi des agents pharmaceutiques les plus énergiques dans le traitement du trachome et attribué cet insuccès à l'action superficielle de ces agents thérapeutiques, n'atteignant jamais les couches profondes de la muqueuse et de la sous-muqueuse (très propice au pullulement des microbes), Nemtschenkoff s'est arrêté à l'idée de traiter le trachome par des injections sous-conjonctivales aqueuses de phénol à 5 0/0. Il pratique ces injections de la façon suivante: Après avoir retourné la paupière inférieure, il enfonce l'aiguille dans la conjonctive au point où sa tuméfaction est la plus prononcée, généralement au repli inférieur, un peu à l'écart du milieu, plus près du bord libre de la paupière et de l'angle externe de l'œil; ceci fait, il injecte *lentement* un quart de la seringue, en évitant autant que possible la tension des tissus (si l'on constate de la tension, on déplace un peu l'aiguille). On retire l'aiguille et on l'enfonce ensuite sur la ligne du repli inférieur plus près de l'angle interne de l'œil et l'on injecte la même quantité de phénol. Enfin, après avoir retourné la paupière supérieure, l'on injecte un quart de seringue aux bords interne et externe du repli supérieur.

Chez les sujets agités et peureux, l'on fait des piqûres dans la paupière supérieure à travers la peau. Les injections sous-conjonctivales de phénol à 5 0/0 doivent être pratiquées le plus superficiellement possible, c'est-à-dire immédiatement sous la conjonctive; on peut déplacer l'extrémité de l'aiguille; il faut se garder de l'enfoncer.

Aucune narcose n'est nécessaire, étant donné que le phénol est un anesthésique. La douleur, très intense d'abord, disparaît fort rapidement au bout d'une minute. S'il existe de l'irritation avec sécrétion abondante et injection péricornéenne, même accompagnée de phénomènes de kératite, l'injection sous-conjonctivale de phénol est suivie d'une amélioration générale. Au bout de 24 heures, il survient une légère infiltration des couches sous-muqueuses: les paupières gonflent, recouvrent parfois complètement les yeux tandis qu'il se produit une légère sécrétion du sac conjonctival. Dans un certain nombre de cas où les deux yeux étaient atteints, l'auteur a fait des observations de contrôle sur l'action du phénol sur un œil et sur celle des frictions au sublimé et d'autres agents thérapeutiques sur l'autre œil. Et toujours, il a constaté que c'est l'action des injections au phénol qui a été de beaucoup la plus favorable.

Il a commencé par faire des injections dans l'œil le plus malade, ce n'est qu'au bout de 5 à 7 jours qu'il a abordé le traitement de l'autre œil. L'injection faite, l'œil est laissé sans pansement; dès le lendemain, le gonflement des pau-

pières diminue suffisamment pour que l'œil puisse commencer à s'entr'ouvrir. La couche épithéliale de la conjonctive reste partout intacte ; il n'y a pas d'irritation, mais la couche sous-muqueuse et la muqueuse sont fortement hyperémiées ; les follicules légèrement rouges sont noyés en quelque sorte dans la muqueuse tuméfiée.

L'infiltration et l'hyperémie réactives des tissus diminuent progressivement et finissent par disparaître vers le dixième et quatorzième jour ; en même temps les follicules sont comme résorbés dans le tissu hyperémié. Les injections sous-conjonctivales de solution aqueuse de phénol ne s'accompagnent ni de nécrose, lorsque ces injections ne sont pas faites sous forte pression, ni de suppuration, si l'on a observé rigoureusement les règles de l'asepsie. Il n'y a pas non plus lieu de craindre une intoxication pour l'acide phénique, car la quantité d'acide phénique introduite est relativement très petite ; en outre, la résorption de cette quantité, comme l'ont démontré les observations de l'auteur, demande plusieurs jours.

Le nombre total des malades traités par les injections sous-conjonctivales de phénol a été de 45 : sur ces 45 malades, 14 présentaient le trachome au premier degré ; 20 au deuxième degré ; 7 au troisième degré ; 2 malades étaient atteints de trachome cicatriciel. Chez tous ces malades, le traitement a été suivi de la disparition absolue des phénomènes catarrhaux, de la diminution des infiltrations de la conjonctive et des replis de cette dernière, ainsi que de la résorption des follicules.

Nemtschenkoff résume son très intéressant travail par les conclusions suivantes :

1° Les injections sous-conjonctivales de solution aqueuse de phénol à 5 0/0 exercent une action très énergique sur le trachome tout en épargnant les tissus de l'œil en général et la couche épithéliale en particulier.

2° Les injections sont absolument inoffensives, et, étant donnés les propriétés anesthésiques du phénol, peu douloureuses ; la narcose devient ainsi inutile.

3° Le procédé présente en outre un grand avantage au point de vue du temps : il suffit que le malade se présente à la consultation une fois par semaine, pendant peu de temps, du reste.

4° Enfin, ce procédé affranchit le personnel médical de toute la série de frictions, d'instillations, etc. qu'on pratique actuellement chez l'immense majorité des trachomateux et cela pendant des mois et même des années.

J. Roublefff.

Les extraits de capsules surrénales en oculistique (*Société Rhénane de Bonn*, 27 octobre 1902). — Nieden, parmi les sept extraits actuellement utilisés, donne la préférence à l'*atrabiline* (Breslau) et à l'*adrénaline* (Détroit, Michigan) : cette dernière se trouve dans le commerce en solution à 1 0/00 : son activité thérapeutique est considérable. L'atrabiline ne présente aucune propriété irritante, mais elle est moins stable que l'adrénaline.

Les recherches de l'auteur ont porté sur les affections oculaires.

Si on instille ces produits dans le sac conjonctival, on obtient en 1/2 à 1 minute une anémie de la conjonctive extrêmement marquée, qui dure 1/2 à 2 heures et n'est pas suivie d'hyperémie. Les parties plus profondes de l'œil échappent à l'influence vaso-constrictive : la pupille n'est pas influencée.

L'action thérapeutique s'exerce uniquement dans les affections dues à un apport trop exagéré de sang (blépharites chroniques, fièvre des foins, blépharites, pannus trachomateux, etc.). Associée à la pilocarpine et à l'ésérine, la drogue agit nettement sur le glaucome, en abaissant la pression sanguine.

La photophobie s'améliore de même, et l'anémie conjonctivale produite facilite le cathétérisme du canal lacrymal. On peut, grâce à l'adrénaline, faire des opérations de strabisme absolument exsangues, ce qui donne une sécurité beaucoup plus grande et un résultat consécutif irréprochable. Il faut toutefois éviter l'introduction directe du remède dans le système veineux, crainte d'accidents sérieux (collapsus, troubles cardio-pulmonaires, etc.).

E. Vogt.

Maladies du Larynx du Nez et des Oreilles

Dr Courtade

Ancien interne des hôpitaux

Moyens médicaux de prévenir et de combattre l'inflammation des cellules mastoïdiennes, par Samuel Théobald (*N. Y. med. J.*, 13 septembre 1902). — Les moyens à employer d'après l'auteur varieront suivant que la mastoïdite complique l'otite chronique ou accompagne l'otite moyenne aiguë. Dans le premier cas, il faut combattre l'inflammation chronique par l'emploi de solutions antiseptiques les plus efficaces contre la suppuration. C'est le sublimé qui est préconisé dans ce but dans la proportion sui-

vante de 1/8000 à 1/4000. Une injection quotidienne suffit, sauf dans les cas de suppuration profuse, et peu à peu on fait ces injections plus rares. En même temps, l'auteur prescrit à l'intérieur le phosphate de fer, la quinine et la strychnine, et contre la constipation l'aloïne.

Pour éviter la propagation de l'inflammation aux cellules mastoïdiennes dans l'otite moyenne aiguë, il faut combattre celle-ci le plus vite et le plus énergiquement possible. La cocaïne et l'atropine non seulement calment la douleur de l'inflammation, mais exercent une influence favorable sur le processus. En même temps on purgera le malade, surtout avec une forte dose de calomel associé à la rhubarbe et à la scammonée. Le salicylate de soude donné à dose suffisante, par exemple de 1 gr. 20 toutes les deux heures pour un adulte, exerce une influence contre le processus suppuratif.

L'auteur préconise dans le même but le pyrophosphate de soude, mais comme purgatif.

Si l'otorrhée survient spontanément ou à la suite de l'intervention, on injecte dans l'oreille une solution saturée d'acide borique ou de sublimé à 1/8000. La paracentèse du tympan doit être faite dès qu'il y a accumulation de pus dans la caisse, mais il faut éviter de la faire sans nécessité parce que la plaie nouvelle crée une porte d'entrée pour l'infection locale.

L'auteur préconise encore l'usage du calomel comme altérant dès le début des poussées inflammatoires du côté des cellules mastoïdiennes, lorsqu'il s'agit d'otite aiguë chez des sujets habituellement vigoureux. Il prescrit dans ce but un à deux centigrammes de calomel toutes les heures ou toutes les deux heures, associé ou non à l'opium pour empêcher l'effet purgatif. Parfois il ajoute des frictions mercurielles.

Les moyens médicaux préventifs ne sont effectifs que s'ils sont employés à un moment rapproché des accidents, mais bien souvent, d'après l'auteur, ils pourront arrêter la complication, alors qu'on se hâte trop généralement de procéder à une opération.

L. Jumon.

Cas d'hémorragie nasale incoercible traitée avec succès par une nouvelle méthode, par Hunter Mackenzie (*The Brit. med. J.*, 27 septembre 1902). — Il s'agit d'un homme âgé de 49 ans, plutôt alcoolique et atteint d'albuminurie légère, qui eut une épistaxis résistant aux moyens ordinaires de traitement. En examinant la narine droite, le saignement était localisé sur le tiers antérieur de la cloison, à un centimètre au-dessus du plancher nasal. Après cocaïnisation, le point hémorragique fut largement cautérisé avec le galvanocautère, puis un tampon de coton imbibé d'une solution de chlorure d'adrénaline fut appliqué sur le point. Le lendemain l'hémorragie recommença. On renouvela la cautérisation et l'application d'adrénaline sur une plus grande surface. Pendant l'opération, le malade eut une attaque convulsive et fut ensuite si déprimé qu'il était incapable de se tenir debout. On le coucha, mais il était à peine au lit que l'hémorragie récidiva plus profuse qu'auparavant. Pendant 24 heures on essaya sans plus de succès différents traitements. On donna alors du chloroforme au malade et avec une curette on racla toute la muqueuse recouvrant le septum. L'hémorragie qui suivit l'opération fut très abondante, mais, elle cessa bientôt d'elle-même, et ne reparut que légèrement les jours suivants. A l'examen, Mackenzie trouva que le suintement provenait non de la cloison, mais de l'aire du cornet moyen dans un point où la muqueuse n'avait pas été enlevée. Comme le saignement cessa presque immédiatement, le chirurgien ne jugea pas nécessaire d'intervenir et le malade s'est en effet rétabli sans autre intervention.

Mackenzie fait remarquer que dans le traitement de l'épistaxis, le premier point est de localiser l'hémorragie par la rhinoscopie antérieure. Dans la majorité des cas, c'est la portion antérieure de la cloison qui saigne, mais dans certains autres cas fréquents c'est le plancher nasal. Mackenzie affirme que les hémorragies spontanées ne viennent jamais de l'orifice postérieur des fosses nasales et que le tamponnement postérieur est inutile, car il n'exerce aucun effet direct sur le point hémorragique. Si le tamponnement antérieur échoue, il faut recourir au galvanocautère pour oblitérer les capillaires. Le cas actuel est le seul dans lequel la pratique de l'auteur ait échoué. Force est d'avoir recours alors au curettage de la muqueuse. L'effet de l'application locale de l'adrénaline cause quelque désappointement quant à sa durée. L'hémorragie se reproduit en effet au bout de vingt à trente minutes. Le médicament est certainement utile dans les hémorragies légères et dans la chirurgie du septum, mais dans les formes graves d'épistaxis, un traitement plus radical est indiqué.

L. Jumon.

Maladies vénériennes
Maladies de la Peau

D' MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux

La méthode exfoliante, par LEREDDE (*Rev. prat. des mal. cutanées*, novembre 1902). — La méthode exfoliante est destinée à produire une réaction inflammatoire du derme et du corps muqueux, inflammation aiguë, mais passagère, qui sera suivie d'une décongestion, passagère ou durable. L'inflammation se caractérise par de la rougeur, du gonflement; au bout de 24 ou 48 heures paraissent des squames épaisses, d'abord humides, qui se dessèchent, puis tombent en quelques jours : c'est une véritable exfoliation.

Voici des types de pâtes exfoliantes :

Axonge benzoïnée.....	28	grammes
Oxyde de zinc.....	10	—
Terre fossile...	2	—
Résorcine.....	40	—

(Unna).

Vaseline.....	25	—
Savon noir.....	25	—
Soufre précipité.....	50	—
Naphtal B.....	10	—

(Lassar).

Et deux types de lotions :

Teinture de savon de potasse à 1/5.....	40	grammes
Résorcine.....	10	—
Soufre précipité...	10	—

(Darier).

La solution de Vlemingkx a pour formule :

Soufre sublimé.....	125	grammes
Chaux vive.....	75	—
Eau.....	1.250	—

Faire bouillir pour réduire à 750 grammes.

L'auteur croit que les pâtes les plus simples et les plus énergiques sont les meilleures de toutes, et préfère la pâte résorcinée (*voir plus haut*). On l'applique tous les huit jours sur la peau après un savonnage léger, ou un dégraissage à l'alcool; on la laisse en place 15, 20 et 25 minutes suivant le cas, même 40 minutes. On ne doit arriver à faire une application aussi longue que peu à peu, en augmentant chaque fois la durée de 5 minutes, par exemple. Il est nécessaire, dans les cas rebelles, d'agir très profondément, et par suite de tâter la sensibilité de la région malade, pour tâcher d'avoir sans effets nuisibles le maximum d'effets utiles.

Le traitement exfoliant se heurte à plusieurs difficultés. Les préparations doivent être appliquées par le médecin, il est nécessaire de voir le malade assez souvent pour juger de l'effet produit, de l'intensité des réactions inflammatoires et de la possibilité d'augmenter la durée des applications sans danger pour la peau. L'exfoliation constitue donc de préférence un traitement d'hôpital ou de maison de santé.

La lotion résorcinée soufrée (Darier), ne nécessite pas la même surveillance de la part du médecin, que la pâte résorcinée; on fait chaque soir un badigeonnage pendant trois soirs de suite, en laissant sécher le mélange alcoolique sur la peau. Elle est moins active que les pâtes et doit être utilisée surtout dans les cas d'acné de moyenne intensité.

L'inflammation produite par les pâtes ou les lotions exfoliantes doit être calmée. On couvrira le point traité par une crème telle que la suivante :

Vaseline	àà 10 grammes
Lanoline.....	
Eau.....	

Si l'inflammation est très intense, mieux vaudra appliquer une pâte telle que celle-ci :

Lanoline	àà 10 grammes	
Vaseline.....		
Oxyde de zinc.....	16	—

L'indication principale est fournie par *l'acné polymorphe* : à cette cure, aucun mode de traitement de l'acné ne peut être comparé d'une manière générale. On voit souvent, après quelques applications, les lésions disparaître complètement, en ne laissant que des macules passagères. Chez les jeunes gens en particulier, l'acné a toutefois pendant des années une tendance à se reproduire. Mais il sera toujours possible de reprendre les applications exfoliantes de temps à autres; on pourra les faire assez rares pour qu'elles ne gênent pas le patient.

Dans *l'acné rosée*, le traitement exfoliant peut être extrêmement utile. Dans les cas superficiels, il donne des résultats excellents et constitue une méthode beaucoup plus pratique et moins désagréable pour le patient que les scarifications. Les cas moyens et profonds relèvent de la photothérapie; quelques séances peuvent suffire à amener la guérison. Mais, même alors, l'exfoliation peut être employée avec avantage; d'abord au début, pour diminuer la congestion superficielle, vider les glandes sébacées, puis après le traitement photothérapique, pour maintenir la guérison.

La méthode d'exfoliation s'applique presque uniquement aux formes inflammatoires, avec ou sans complications d'acné vulgaire.

L'auteur a appliqué récemment la cure d'exfoliation au traitement des *lichénifications de la peau* : il a soigné régulièrement ainsi tous les cas de lichen simplex, et dans tous les cas la guérison a été obtenue : l'exfoliation semble donc représenter un traitement héroïque de cette affection.

On obtient le même succès dans le *sycosis chronique*. Elle peut être utilisée dans le *lupus érythémateux fixe*, et enfin employée pour la guérison souvent très difficile des *verrues planes*.

E. Vogt.

Traitement simple des ulcères variqueux des jambes par le Dr Dufour, de Fécamp (*La Normandie médicale*, 1er oct. 1902). — L'auteur indique pour les ulcères de la jambe un traitement qu'il emploie avec succès depuis plusieurs années. Ce traitement qui calme les douleurs cicatrise rapidement les plaies et permet la continuation du travail quotidien est la feuille de chou, du chou vert de préférence ou du chou pommé. Voici comment on l'emploie.

On lave la feuille de chou, on l'essuie soigneusement et on abrase avec ciseaux les nervures trop saillantes, puis avec un corps cylindrique, bouteille ou autre, on roule en pétrissant la feuille, tout en lui conservant son homogénéité. On la laisse macérer dans de l'eau boriquée à 4 0/0 pendant quelques heures et on l'applique sur la région ulcérée en grandeur proportionnelle à la lésion que l'on a bien détergée et nettoyée avec un antiseptique quelconque.

On recouvre d'une tarlatane non apprêtée ou d'un linge souple en plusieurs doubles et on enroule modérément le pied et la jambe avec une bande de caoutchouc en feuille de sept à dix mètres. Deux pansements par jour en nettoyant chaque fois la plaie.

Avec le traitement brassicien, dit M. Dufour, le malade éprouve un très grand soulagement et bientôt la plaie se comble, sans qu'il soit astreint au chômage.

Pour les petits ulcères au début la guérison a été obtenue au bout de huit à quinze jours de traitement ; dans les vastes ulcérations, il a fallu trois, quatre à six semaines. Si le malade porte toujours sa bande une fois guéri, il ne survient pas de récidive. La bande paraît bien préférable au bas élastique pour l'ouvrier, car il peut graduer la pression suivant les besoins et suivant la gêne ressentie à la fin d'une journée de travail.

L'action analgésiante et cicatrisante de la feuille de chou serait-elle attribuable à quelque huile essentielle ? c'est un point à élucider, en tout cas, M. Dufour a cru devoir appeler l'attention de ses confrères sur ce traitement qui lui a toujours donné de bons résultats.

L. Jemon.

Traitement des chéloïdes, par Gaucher, (*Journal de Médecine externe*. no 21, p. 201, 1902). — Tout d'abord il faut savoir ce qu'il convient de ne pas faire : on doit s'abstenir d'enlever les tumeurs chéloïdiennes avec le bistouri, de les détruire par les caustiques, par les cautères potentiels, par le cautère actuel ; car dix fois sur dix, les tumeurs se reproduisent et se reproduisent plus volumineuses.

De traitement interne il n'y en a qu'un seul, l'arsenic ; l'iodure de potassium et la teinture d'iode n'ont donné aucun résultat.

Comme traitement externe Hardy se servait avec succès de l'emplâtre mercuriel de Vigo :

Browning a préconisé des badigeonnages pratiqués tous les cinq jours avec du collodion au sublimé à 1 p. 30. M. Mercier a eu recours à l'huile créosotée en solution huileuse à 20 0/0 ; ces deux derniers moyens sont moins efficaces que les applications d'emplâtre de Vigo :

Le meilleur procédé pour traiter la cheloïde cicatricielle c'est la scarification ; seulement il faut l'employer avec persévérance, parfois pendant plusieurs années.

Un autre procédé recommandable est l'électrolyse. Le pôle actif, le pôle destructeur, qu'il faut placer dans la tumeur est le pôle négatif. Le courant convenable est de quatre à cinq milliampères qu'il faut faire passer pendant quelques secondes ou une minute ; on renouvelle les séances tous les huit ou dix jours.

G. Lyon.

Maladies des Voies urinaires

Dr CHEVALIER,

Chirurgien des hôpitaux,

Ancien Chef de clinique de la Faculté

La prostatectomie périnéale, *au Congrès d'Urologie* de 1902 (octobre). — Hartman (de Paris) croit que la prostatectomie périnéale est l'opération de choix : il appelle l'attention sur le muscle recto-uréthral qu'il faut inciser avant de toucher dans la zone décollable : il conseille l'ouverture de l'urèthre préalable à l'extirpation. Il conseille l'opération dans les rétentions complètes chroniques, dans certaines rétentions incomplètes chroniques avec calculs, fièvre, cystite rebelle ou accidents infectieux : les con-

tre-indications sont la cachexie extrême ou les accidents cardio-pulmonaires.

Legueu (de Paris) suit la technique de Gosset et Proust, incise l'urèthre, résèque la capsule, ne morcelle pas, draine par le périnée. Sur 12 cas il y a 1 mort, 2 incontinences complètes et totales, 4 guérisons, et 5 encore en traitement.

Il considère que la prostatectomie périnéale est le traitement de choix dans les rétentions avec grosse prostate, dans les rètentions complètes chroniques, les calculs.

L'âge, l'infection prononcée, les lésions rénales peuvent être une contre-indication.

Proust (de Paris) considère que le muscle recto-uréthral est la clef de l'espace décollable; il faut le reconnaître et le couper pour aller dans cet espace; après quoi on incisera la capsule et traitera la prostate comme un goître dont on fait l'énucléation intra-glandulaire; il faut aussi faire à l'urèthre une incision respectant le col vésical, mais permettant l'introduction du doigt par l'urèthre.

Pousson (de Bordeaux) croit que le principal obstacle à la miction et au sondage tient aux lobes latéraux que la prostatectomie périnéale enlève bien : il adopte la technique de Proust et Albarran.

Gosset (de Paris) dans les cas infectés, draine par une sonde à demeure mise sous l'urèthre et pas par le périnée.

Malherbe (de Nantes) fait la résection totale du cordon.

Lormeau (de Bordeaux) donne 2 prostatectomies périnéales avec guérison.

Dorst (d'Amsterdam) a 4 guérisons et 2 morts.

Reynès (de Marseille) a 3 cas dont 1 mort, 1 fistule et incontinence, 1 guérison.

Le Fur (de Paris) a 2 cas dont 1 de prostatite chronique chez un homme de 36 ans.

Escat (de Marseille) donne 1 cas; il préfère le traitement non opératoire.

Sigurta (de Milan) a 4 succès.

E. Chevalier

La prostate et la vessie des vieillards, par Iastreboff (*in Ann. Gén. Ur.*, 1902, 1153). — La structure de la prostate des vieillards est très variable; elle montre un très abondant tissu intermédiaire avec prédominance du tissu conjonctif au détriment du tissu glandulaire, diminution notable des fibres élastiques, leur dispation même, dilatation considérable des veines (d'où facilité des congestions).

La faiblesse primitive de la vessie tient à l'atrophie des éléments musculaires et élastiques et à la dilatation des veines qui favorise aussi a congestion : ces processus sont sous l'influence de l'âge.

Puis, les dilatations et distensions vésicales font à leur tour sentir leur influence pour arriver à la déchéance complète de l'organe.

E. Chevalier.

De la cystotomie sus-pubienne dans les rétrécissements compliqués de l'urèthre, par Carlier (*in Echo médic. du Nord.* 1902. p. 481). — La dérivation du cours des urines par un drainage sus-pubien semble mettre à l'abri des complications ultérieures les urinaires infectés sur l'urèthre desquels on est appelé à intervenir. Elle permet aussi de guérir les fistules urétrales qui n'auraient pas permis le port de la sonde à demeure.

Contrairement à Jonnesco qui pratique la cystostomie préalablement à toutes les opérations sur l'urèthre, Carlier réserve cette opération aux cas où la vessie est profondément infectée et où la santé générale du malade en est fortement touchée. Elle donne, dans ces cas, les meilleurs résultats et permet de faire ensuite en toute sécurité l'opération nécessitée par l'état de l'urèthre.

E. Chevalier.

Contribution au traitement des affections des testicules et de leurs annexes, par Zablupowski (de Berlin) *in Ann. Gen. Ur*, 1902, p. 1361). — L'auteur conseille contre les affections du testicule une série de manœuvres qu'il appelle : constriction, broyage, torsion, expression discontinue, friction, secousses, pétrissage, secousses en position abdominale, tapotement, exercice des muscles abdominaux et périnéaux, exercice des muscles voisins.

Il les réserve aux indications suivantes :

Orchites, épididymites, funiculites chroniques, traumatiques ou gonococciques à la période décroissante.

Impuissance ou priapisme, soit avec de petites lésions locales, soit primitives.

Troubles psychiques à localisation testiculaire, cryptorchidie ou rétraction du cordon.

Atrophie par inaction des organes.

Anesthésie hystérique, hypéresthésie, pollutions, spermatorrhée.

Blennorrhagie chronique postérieure et prostatorrhée.

Le traitement demande un temps plus ou moins long.

E. Chevalier.

Méthode rationnelle de castration pour tumeurs malignes du testicule (*XVe Congrès français de chirurgie*, 1902).— Quelques chirurgiens avec M. Vidal (de Bordeaux), ne se contentent

plus de sectionner aussi haut que possible le cordon dans le canal inguinal, afin d'éviter les récidives. Ils font une véritable laparotomie latérale, en prolongeant l'incision vers l'épine iliaque et même vers l'ombilic ; on enlève ainsi le cordon et les ganglions. Mais si l'on doit apprécier cette méthode par ses résultats (Gangolphe, Tedenat) elle ne donne pas de survie très supérieure à la simple castration.

A. Benoit.

L'adrénaline dans la pratique urologique (*Wiener Klin. Wochenschrift*, n° 33, 1902). — Le Pr R. Frisch se sert, au cours d'opérations intéressant la vessie, de tampons imbibés d'adrénaline à 1 0/00 pour arrêter les hémorragies : il injecte une solution à 1:0000 dans la vessie avant l'examen cystoscopique des cas d'hématurie d'origine vésicale, et peut ainsi arriver sans aucun danger à procéder à des recherches minutieuses. Les cathétérismes difficiles, dans les cas d'hypertrophie prostatique, sont facilités par une instillation préalable de 1 à 2ccm. d'une solution d'adrénaline à 1 0/00.

Ces mêmes instillations ont en outre facilité le cathétérisme dans un cas de rétention d'urine chez un prostatique.

E. Vogt.

De l'emploi thérapeutique de l'adrénaline dans les voies urinaires, par Batriva (*in Ann. Gen. Ur.*, 1902. p. 1283). — L'adrénaline (principe actif de l'extrait de capsules surrénales) par ses propriétés anesthésiques et hémostatiques agit utilement dans les voies urinaires, en particulier pour permettre un examen cystoscopique dans une hématurie.

L'auteur s'en est servi surtout pour le traitement des rétrécissements urétraux : ceux-ci sont souvent compliqués de poussées congestives et de spasmes rendant très difficiles les cathétérismes.

Pour les combattre, instiller 1 centimètre cube d'une solution à 1 1/000e, jusqu'au contact du point rétréci, faire un léger massage de l'urèthre et, au bout de 15 minutes, faire le cathétérisme devenu facile.

E. Chevalier.

Le diagnostic des calculs du rein par la radiographie, par Verhoogen, (*in Ann. Gen. Ur*, 1902 p. 1307). — L'auteur rapporte trois observations où l'examen radiographique fit positivement constater un calcul rénal que la néphrolithotomie permit de vérifier et d'extirper : les signes fonctionnels étaient quelque peu en défaut et c'est bien à la radiographie seule qu'il faut attribuer le mérite du diagnostic.

E. Chevalier.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. Blondel,

Chef du Laboratoire de la Maternité,

à l'Hôpital de la Charité

Procédé de périnéorraphie (*Société de chirurgie*, 19 nov. 1902). — M. Delbet a proposé un nouveau procédé de périnéorraphie, qui consiste à décoller le vagin du rectum en poursuivant la séparation jusqu'en arrière du col utérin, où les muscles releveurs de l'anus sont bien mis à nu. On les rapproche et les suture ensemble avec des sutures perdues au catgut. Les résultats qu'il a obtenus sont bons.

C'est, en somme, un étage de plus, étage profond, qu'il conseille d'ajouter à la suture classique des parties déchirées, couche par couche, et ceci paraît convenir spécialement aux cas graves.

R. Blondel.

Hystérectomie abdominale totale (méthode de Doyen) pour fibromyomes utérins, par M. Herbert Spencer (*Brit. med. Journal*, 11 octobre 1902). — En passant en revue les objections élevées contre l'hystérectomie totale, l'auteur considère comme la seule réelle, la durée un peu plus longue de l'opération. Mais, d'après lui, cet inconvénient est plus que compensé par les avantages suivants : hémostase complète ; s'il survient quelque hémorragie, celle-ci est facile à voir et à combattre. L'opérée perd peu de sang pendant l'opération. Le drainage vaginal est bien assuré. Le péritoine est fermé complètement par des sutures et les anses intestinales n'ont plus la tendance aux adhérences. On évite la leucorrhée, les écoulements septiques, l'infection du col et les exsudats autour du col. L'opération est une mesure prophylactique contre le cancer ou le sarcome du col. Spencer a opéré quatre cas par cette méthode et toutes les plaies ont guéri par première intention. Dans un cas seulement où l'on ne fit pas la suture du péritoine, il survint un abcès qui dut être ouvert par l'abdomen. Dans un autre cas, il survint au quinzième jour une hémorragie qui fut facilement arrêtée par un tampon vaginal de gaze iodoformée. Spencer croit qu'il vaut mieux laisser les ovaires à moins qu'ils soient malades, et lave le péritoine avec une eau saline et en laisse une petite quantité. L'opération de Doyen peut être modifiée suivant les circonstances, mais il est peu de cas de fibromes utérins où elle ne puisse être appliquée.

R. Blondel.

Remarques sur la grossesse extra-utérine au point de vue du diagnostic ou des indications thérapeutiques, par G. Tucker Harrison, (*IIe Congrès de l'assoc. méd. Brit. The Brit. méd. J.* 11 octobre 1902). — Après avoir donné une esquisse de différents symptômes constatés au début de la grossesse extra-utérine et dans la suite à l'occasion de la mort ou de la rupture de l'œuf, l'auteur déclare qu'il faut opérer, dès que l'on a reconnu avec certitude une grossesse tubaire, qu'il y ait ou non des accidents. La raison est que nous ne pouvons pas écarter d'une autre manière les dangers qui menacent l'existence ou la santé des malades. Harrison préfère la voie abdominale parce qu'elle permet d'examiner avec plus de soin le côté opposé au siège de la grossesse. Si le kyste se rompt, c'est la voie abdominale qu'il faut choisir comme permettant de mieux surveiller le champ opératoire. Si la malade est très anémiée, on fait des injections de solution saline normale de préférence au dessous du sein. L'auteur rejette les injections d'huile camphrée.

Pour l'anesthésie l'auteur donne le choix à l'éther sur le chloroforme, le premier agissant comme stimulant du cœur. Dans les cas où une hématocèle arrête spontanément l'hémorragie, on peut retarder l'opération jusqu'à ce que la malade sorte du collapsus.

L'opportunité de l'intervention a été discutée lorsque s'est produit l'avortement tubaire ou une môle tubaire avec hématocèle, ce qui est bien souvent la terminaison de la grossesse ectopique. On admet que l'hématocèle doit son origine à cette dernière dans l'immense majorité des cas, et l'hématocèle n'étant pas une maladie mortelle, on peut se demander s'il est permis d'exposer les malades dans cette condition à une dangereuse opération. On ne peut donner ici une réponse dans un sens général ; chaque cas doit-être étudié à part. Si les symptômes s'amendent progressivement, l'expectation est indiquée. L'intervention est obligatoire au contraire si l'hématocèle augmente et si l'état général s'aggrave. L'auteur donne encore la préférence à la voie abdominale qui permet seule de se rendre compte de toutes les complications éventuelles. La colpotomie postérieure est indiquée lorsque la suppuration ou la décomposition putride succède à l'hématocèle, ce qui s'annonce par des frissons et de la fièvre.

L. Jumon.

Les abcès de fixation dans le traitement de la septicémie post-puerpérale (*Thérapeutique Moderne Russe* n° 8, 1902). — La méthode de traitement de la septicemie post-puerpérale préconisée par le Dr Fochier de Lyon étant en quelque sorte abandonnée, il nous paraît intéressant de faire connaître un cas rapporté par Kossovsky.

Tous les procédés locaux et généraux, y compris des injections de sérum antistreptococcique, ayant complètement échoué, l'auteur russe a eu recours, en désespoir de cause, à la méthode du Dr Fochier. Il a injecté deux grammes de térébenthine, auquels il a ajouté un centigr. de chlorhydrate de morphine. Le succès a été complet. Dès la formation de la suppuration (trois jours après l'injection) les phénomènes se sont atténués et la malade a commencé à se rétablir.

J. Roublepp.

Pédiâtrie

Dr THIERCELIN

Chef de clinique de la Faculté de Médecine.

Traitement de l'arthrite tuberculeuse des enfants par la chaleur irradiée (*Wratsch Pratique*, N° 35, 1902). — Tchekhanski a employé dans l'arthrite tuberculeuse, la chaleur irradiée chez 8 malades, dont 5 enfants et 3 adultes.

En ce qui concerne les adultes, il faut dire que le processus tuberculeux ne s'est manifesté guère chez eux que par des douleurs qui ont rapidement disparu sous l'influence du traitement.

Sur les 6 cas concernant les enfants, un est particulièrement intéressant : il s'agissait d'une polyarthrite (5 articulations prises). L'âge des enfants a varié de 2 à 5 ans.

Le traitement par la chaleur irradiée a consisté à soumettre les articulations malades à l'action de la lumière chaude de l'arc de Volta. Pour obtenir cet arc on s'est servi du projecteur ordinaire des vaisseaux de guerre, la lumière était concentrée par un miroir argenté de forme parabolique ; la force de courant était de 80 à 120 ampères ; son intensité de 35 à 40 volts. Grâce au courant interrompu la lampe vacille et la force de la lumière varie ; en moyenne cette force est égale à 12.000 bougies (normales) ; la température du faisceau lumineux atteint 37 à 40° (R.).

Le malade a été placé suivant son endurance à 3 ou 5 mètres de l'arc. La majorité des enfants supportaient très bien la chaleur de l'arc, en

déplaçant l'articulation exposée lorsque celle-ci avait été par trop chauffée. Quant aux adultes, ils demandaient même souvent une lumière plus chaude.

La sensation de cuisson était supprimée par quelques légers frottements. Durant la séance la peau rougit, les veines sous-cutanées se congestionnent. La sensation de chaleur dans l'articulation exposée persiste pendant un laps de temps assez long (parfois jusqu'au soir).

Ajoutons que tout autre procédé thérapeutique a été écarté, de sorte que les résultats obtenus doivent être attribués entièrement et exclusivement à l'action de la chaleur irradiée.

Voici maintenant les conclusions formulées par l'auteur en se basant sur ses observations.

1° L'application de la chaleur irradiée peut donner d'excellents résultats dans l'arthrite tuberculeuse et par conséquent pleinement attirer l'attention du médecin.

2° L'action bienfaisante de la méthode en question se manifeste aussitôt par une diminution des phénomènes douloureux qui finissent par disparaître complètement.

3° En même temps que les douleurs s'atténuent, le sommeil s'améliore, l'appétit augmente, la nutrition générale se relève.

4° La tuméfaction finit par disparaître et la mobilité reparaît.

5° Le repos absolu et l'extension ne sont pas indispensables dans cette méthode.

6° Cette méthode ne permet pas d'empêcher le raccourcissement et l'amaigrissement du membre malade.

7° La méthode n'est nullement douloureuse et est acceptée volontiers par les petits malades.

8° Dans les cas où les tubercules ont une tendance à la décomposition, il est préférable de recourir à la lumière froide.

J. Roubleff.

Méningite suppurée à colibacilles. Guérison, par Nobécourt et du Pasquier (*Gazette hebdomadaire*. n° 98 p. 1.153. 1902). — Le colibacille peut déterminer des méningites aiguës primitives (cas de Netter, Neumann et Schœffer, Adenot, Sevestre et Gastou, Touchard et Marie, Lyonnet, etc.), ou, dans certains cas, s'associer au streptocoque, au méningocoque.

Depuis l'emploi de la ponction lombaire dans un but de diagnostic on a pu déceler la présence du colibacille dans un certain nombre de cas : observations de d'Alloco, de Concetti ; deux des malades de Concetti ont guéri ; il s'agissait dans ces cas de méningite séreuse.

L'observation de MM. Nobécourt et du Pasquier concerne un cas de méningite à colibacilles purs, survenue chez une enfant de sept mois, au cours d'une infection gastro-intestinale. La méningite a guéri, bien qu'elle fût suppurée.

Une ponction lombaire faite dès le début des accidents méningitiques, permit de retirer 15 cc. de liquide clair à assez forte pression, mêlé d'un peu de sang, ne contenant pas d'albumine et stérile. L'examen du culot de centrifugation ne décela que des hématies et quelques leucocytes dus à la présence du sang. L'enfant, en plus de la diète hydrique, des lavages de l'intestin, des injections de sérum artificiel, fut traitée par les bains chauds. Une ponction lombaire faite 10 jours après la première permit de retirer 4 cc. de liquide purulent jaunâtre avec dépôt abondant formé de polynucléaires et de quelques lymphocytes ; l'ensemencement sur gélose, sur sérum solidifié, sur sang de lapin gélosé, donna une culture pure de colibacilles ; l'inoculation confirma ce résultat. Une troisième ponction pratiquée 13 jours après la seconde donna quelques gouttes de pus contenant le colibacille à l'état de pureté ; enfin, une quatrième ponction pratiquée 19 jours après ramena quelques gouttes de liquide troublé par un peu de sang et complètement stérile. La guérison survint malgré les allures graves revêtues par la maladie (température très élevée, convulsions et contractures, inégalité du pouls, etc.)

Les symptômes furent ceux de toute méningite aiguë et c'est la ponction seule qui permit d'affirmer la nature microbienne de la méningite. Ils ne présentèrent rien qui permit de les distinguer de ceux des méningites séreuses.

En ce qui concerne la guérison, rappelons que la guérison des méningites suppurées colibacilliques est un fait tout à fait exceptionnel.

G. Lyon.

Pharmacologie

Dr E. Vogt

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

De la médication kératinisée, par Philippe (*Thèse de Lyon* 1902). — On sait que Unna a proposé de kératiniser les pilules contenant des substances que l'on désire soustraire à l'action du suc gastrique. L'auteur a pu reconnaître que très souvent, on livre dans le commerce une substance cornée mise en poudre, mais n'ayant pas subi l'élaboration du suc gastrique ou l'ayant subie d'une manière très imparfaite. Il arrive aussi, comme l'indique le Pr Unna,

que cette kératine n'a pas été préparée convenablement pour être mise à la digestion artificielle de pepsine. Cette préparation première, comprend le desséchage à point de la substance, sa porphyrisation ou réduction en poudre très fine, son dégraissage, etc.

Ces qualités bien remplies, on obtiendra d'excellents résultats même avec le mélange d'une autre poudre.

Comme soutien de cette poudre, et de la kératine, comme lien capable de la maintenir adhérente à la masse pilulaire, l'auteur se sert d'une mixture oléo-balsamique dont il ne donne pas la formule : plusieurs couches sont nécessaires pour obtenir une enveloppe insoluble dans la partie aqueuse du liquide stomacal puisqu'il renferme de l'huile, et inattaquable par l'acide chlorhydrique et la pepsine, puisque la kératine est insensible à ces agents de peptonisation, après avoir été bien préparée.

Les pilules ainsi enrobées ne sont pas trop grosses quand elles sont sèches, elles n'ont pas de goût spécial désagréable comme celles que l'on pourrait entourer de graisse ou de beurre de cacao : sous l'influence d'une chaleur douce et humide comme celle de l'estomac, la partie balsamique de l'enveloppe se ramollit, se boursoufle et se trouve déja prête, même avant de traverser le pylore, à la digestion du suc intestinal. On peut suivre pas à pas cette transformation de l'enveloppe si l'on met ces pilules dans un ballon qui contient du suc gastrique complet, à une température ne dépassant pas 37° à 38°. Avec ces précautions on se place dans les conditions normales du corps humain, et un contact même prolongé dans le liquide gastrique, plus que ne dure habituellement la digestion stomacale, ne suffit pas à rompre l'enveloppe kératinisée avant son passage dans le duodenum.

L'auteur s'est livré, avant que de prescrire ces pilules, à de nombreux essais sur des animaux, dont on trouvera le détail dans sa thèse. Il recommande, comme substances pouvant être administrées de cette façon :

1° Les médicaments qui fatiguent l'estomac ou troublent la digestion, surtout ceux dont l'usage doit être longtemps continué. De ce nombre sont l'arsenic, les composés cacodyliques, les martiaux, l'arrhénal, le copahu, les préparations hydrargyriques, etc. Les uns irritent la muqueuse stomacale par un contact prolongé, tandis que d'autres comme le sublimé, l'acide tannique, le nitrate d'argent contrarient une bonne digestion par combinaison avec la pepsine et formation de précipités insolubles.

2° Ceux que rend inactifs ou que décompose le suc gastrique, tels sont le sulfure de fer, le sulfure de calcium, la trypsine.

3° Enfin ceux qui doivent agir d'une façon élective prédominante et avec leur maximum de concentration sur l'intestin.

E. Vogt.

Ampoules auto-injectables, par Frioleet, (*Bull. des Sc. pharmacologiques*, octobre 1902). — Malgré le progrès réalisé par l'emploi des ampoules de verre, on peut dire que l'injection hypodermique reste une opération incommode, toujours douteuse au point de vue aseptique.

L'incommodité résulte de la nécessité de briser l'ampoule et de transvaser son contenu dans une seringue. L'insécurité aseptique provient de l'impossibilité de stériliser cette seringue.

Il existe, il est vrai, des procédés qui permettent l'injection directe du liquide contenu dans l'ampoule. Mais cette injection ne peut se faire qu'à l'aide d'appareils spéciaux qui, d'ailleurs, ne sont pas plus stérilisables que la seringue.

L'auteur propose en conséquence des ampoules métalliques auto-injectables qui permettent de pratiquer l'injection avec autant de facilité que de sécurité, puisque la solution médicamenteuse est directement injectée au moyen de l'ampoule flexible dans laquelle elle a été stérilisée à l'autoclave, sans avoir, à aucun moment, été en contact avec l'air extérieur.

En effet, l'ampoule auto-injectable consiste en un tube d'étain pur. La partie antérieure, fermée par sertissage, se termine en forme d'embout conique destiné à recevoir une aiguille quelconque de seringue hypodermique.

Le tube est rempli par la partie postérieure, qu'on replie ensuite et qu'on soude au besoin ; puis le tout est stérilisé à l'autoclave.

Pour pratiquer l'injection, on saisit l'ampoule entre le pouce et l'index de la main gauche, vers l'épaulement. On la flambe légèrement, et avec une épingle flambée dans la main droite, on perce l'extrémité de l'ampoule. On facilite le percement en imprimant à la main un léger mouvement de balancement. Le plus léger orifice suffit.

Cela fait, on ajuste solidement l'aiguille flambée. Pour pratiquer l'injection, il suffit alors d'écraser légèrement le tube entre le pouce et l'index en ayant soin d'exercer la pression *d'arrière en avant*. Le liquide jaillit avec force par l'aiguille.

La manœuvre est des plus simples et, en permettant la suppression de la seringue, donne une sécurité absolue au point de vue de l'asepsie.

Les ampoules sont dosées à 1 cm³ 1/5. Le 1/5 excédent compense exactement la partie de la solution qui reste toujours dans l'extrémité antérieure du tube et dans l'aiguille après l'injection.

Ces ampoules auto-injectables peuvent contenir toutes les solutions usitées en hypodermie, excepté celles qui ont pour base un sel de mercure.

E. Vogt.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE CLINIQUE

MENTHOL

Menthol $C^{10}H^{19}OH$.—Alcool secondaire extrait de l'essence de menthe par cristallisation sous l'influence du froid.

Propriétés physiques et chimiques. — Cristaux prismatiques, incolores, à odeur de menthe très faible, à saveur aromatique amère et brûlante. A peine soluble dans l'eau (1 p. 1000), très soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, les huiles fixes.

Incompatibilités. — Avec le camphre (combinaison liquide).

Propriétés et indications thérapeutiques — Antiémétisant, d'un emploi restreint à l'intérieur, en raison de son action irritante sur l'estomac.

Usité surtout dans le traitement des affections du nez (coryza, ozène), du pharynx, du larynx, des premières voies respiratoires (trachée, etc.), en collutoire, inhalations de vapeur, pulvérisations, poudre à priser, solution huileuse (applications locales et injections intra-trachéales).

Employé de plus comme topique ou analgésique et antiseptique, comme anti-prurigineux et anti-névralgique sous forme de crayons, de pommades; dans la pratique dentaire, associé au camphre, à l'acide phénique, pour les pansements des dents cariées.

Formes pharmaceutiques. Posologie. — Usage interne.—0 gr. 10 à 1 gramme en potion alcoolisée ou mieux en suspension dans un julep gommeux.

Usage externe. — Poudre composée :

Pommade à 1,10 0/0.

Solution huileuse : à 2/20 0/0 (en badigeonnages sur les cordes vocales, instillations intranasales, injections intra-trachéales).

Solution éthérée au 10e

Solution alcoolique à 1,10 0/0.

ÉLIXIR DENTIFRICE

Menthol	4	grammes
Acide phénique	10	—
Teinture d'eucalyptus	100	—

Quelques gouttes dans un verre d'eau.

LINIMENT

Menthol	4	grammes
Chloroforme	20	—
Baume tranquille	30	—

MENTHOL CAMPHRÉ

Menthol	5	grammes
Camphre	10	—

MIXTURES

Chloroforme, Alcool camphré, Ether sulfurique	ãã 30	grammes
Menthol	10	—

En pulvérisations avec l'appareil de Richardson ; urticaire, (Gaucher).

Menthol, Acide phénique	ãã PE	

(Odontalgie).

Menthol	2	grammes
Camphre	1	—
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 25-0 gr. 50	

(Odontalgie).

Menthol, Gaiacol	ãã 1	gramme
Alcool absolu	18	grammes

En badigeonnages (névralgies).

Menthol	1	grammes
Eucalyptol	1	—
Essence de thym	5	—
Essence de lavande	5	—
Teinture de tolu	10	—
Alcool à 90°	100	—

1 cuillerée à café dans une casserole d'eau bouillante pour inhalations.

Menthol	0 gr. 50	
Acide phénique neigeux	1	gramme
Teinture thébaïque	5	—
Teinture d'eucalyptus	10	—
Eau distillée de Laurier cerise	50	—
Eau distillée	150	—

1 cuillerée à soupe dans 1 casserole d'eau bouillante pour inhalations.

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 10	
Eau distillée de Laurier cerise	10	—
Menthol	0	— 50
Alcool	0 gr. 15	

10 à 20 gouttes, en 1 dose, contre les vomissements (Chauffard).

(*A suivre*).

VARIÉTÉS & NOUVELLES

Hôpital de la Pitié. *Leçons de clinique thérapeutique.* — M. Albert Robin a repris, le mercredi 10 décembre, à 9 h. 1/2, ses leçons de clinique thérapeutique consacrées à la thérapeutique appliquée avec présentation de malades.

Ces leçons ont lieu à l'amphithéâtre des cours, tous les mercredis à 9 h. 1/2.

IIe Congrès International de la Presse médicale (Madrid, 20-22 avril 1902). — La date définitive du IIe Congrès de la Presse médicale est fixée aux 20, 21 et 21 avril prochain (le XIVe Congrès de médecine aura lieu à Madrid du 25 au 30 avril).

Les congressistes obtiendront les mêmes facilités, au point de vue du logement et du voyage que les congressiste du XIVe Congrès de Médecine : 50 0/0 sur les chemins de fer espagnols, et j'espère aussi sur les lignes étrangères. La durée de validité de cette faveur sera du 10 avril au 20 mai.

Le montant de la cotisation sera de 25 pesetas pour les membres titulaires et de 10 pesetas pour les membres adhérents.

Les langues officielles sont : l'espagnol, le français, l'allemand, l'anglais et l'italien.

Après le Congrès il sera publié un volume renfermant le compte-rendu et les travaux du Congrès. Ce volume sera envoyé à tous les membres titulaires. Les travaux devront être remis au Secrétaire général avant le 31 mars 1903 et les adhésions avant le 15 avril.

Comité espagnol d'organisation du IIe Congrès international de la Presse médicale. — Président : S. E. le Dr. Cortezo, membre de l'Académie royale de Médecine, député, ex-directeur-général de la Santé, rédacteur du "*Siglo medico*"

Vice-Présidents : Dr. Ulecia, directeur de la *Revista de Medicina y Cirugia y praticas*. Marin Sancho, Président de l'Association espagnole de la Presse médicale, directeur de la *Farmacia Espanola*.

Secrétaire-général : Dr. Larra Cerezo, membre de l'Académie royale de médecine, professeur de législation et médecine légale militaires à l'Ecole de médecine militaire de Madrid, directeur de la *Medicina militar espanolay Revista de Clinica terapeutica y Farmacia*.

Secrétaires-adjoints : Dr. Castelli, directeur de la *Revista medico hidrologica*. Dr. Calatraveno, directeur de la *Correspondencia Medica*, correspondant de l'Académie de Médecine, etc.

Trésorier : Remartinez, directeur de la *Veterinaria espanola*.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire-général, le Dr. Larra Cerezo, 17, Leganitos, Madrid.

Société médicale des hôpitaux. — La Société médicale des hôpitaux a adopté à l'unanimité, le vœu suivant :

La Société médicale des hôpitaux, considérant que la cause principale de l'encombrement dans les hôpitaux de Paris est la présence, dans les services des médecins, d'un nombre considérable de tuberculeux chroniques, dont le séjour se prolonge indifiniment au détriment de l'hygiène générale et avec de grands risques de contagion pour les autres malades, émet le vœu :

Que l'Assistance publique crée immédiatemment, sur des terrains qui lui appartiennent, un hôpital économique construit aussi rapidement que possible, pour 5 ou 600 lits au moins, répartis en pavillons à rez-de-chaussée, analogues à ceux de l'hôpital Broussais; cet hôpital ne fera pas d'admissions directes ; il sera réservé aux tuberculeux qui lui seront adressés des autres hôpitaux, par voie d'évacuation, sur certificat des chefs de service.

BIBLIOGRAPHIE

Grossesse et Accouchement, *étude de Socio-biologie et de médecine légale,* par le Dr G. Morache, professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux, 1 vol. in-16 de la *Collection Médicale* 4 fr. (Félix Alcan, éditeur).

Cet ouvrage fait suite à celui que l'auteur a publié l'an dernier sur le *Mariage*, et il est conçu dans le même esprit. De toutes les questions connexes à la biologie et aux sciences sociales, il en est peu qui mettent autant en relief leurs

conditions communes que l'étude de la femme en voie de gestation, puis au moment et après la fin de la grossesse, à la période de l'accouchement. Nombre de questions peuvent se poser à cet égard : elles importent, au plus haut point, à la sécurité de la mère, à celle de l'enfant et prennent une intensité plus poignante encore si l'on envisage la responsabilité des actions que peut accomplir la femme ainsi placée dans l'anormalité physiologique. Les Sociétés humaines émancipée par l'idée scientifique ne peuvent rester indifférentes devant la situation de la femme, alors surtout qu'elle remplit sa mission naturelle au péril de sa santé et parfois de sa vie.

Aussi cette étude de sociologie biologique n'intéresse-t-elle pas seulement les médecins, mais aussi tous ceux qui croient au devoir de l'humanité, de rendre ce qu'elle a reçu et même de faire toujours mieux, afin de ne pas reculer.

Guide du Médecin Praticien. Aide-mémoire de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, par le Dr Guibal, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 de 676 p., avec 349 fig., cartonnage toile souple ; 7 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Présenter de façon concise et dans un petit format, toutes les connaissances de médecine, de chirurgie, d'obstétrique nécessaires au praticien, tel est le début que se propose le *Guide du Médecin Praticien* du Dr Guibal.

Mis en présence d'un cas dont le diagnostic l'embarrasse, le médecin a besoin de trouver l'*exposé des symptômes types*, qui l'aideront *à reconnaître la nature* de la maladie et à *prescrire le traitement* qui convient.

Le traitement à été, de sa part, l'objet de soins particuliers : il s'est efforcé de résumer ces indications d'après l'enseignement des maîtres les plus autorisés, et d'indiquer les opérations telles que les ont faites les recherches de la science moderne.

Il indique tout d'abord les règles de *l'antisepsie*, de *l'anesthésie* et des *injections de sérum*, facteurs principaux de l'évolution des sciences médicales contemporaines ; il passe ensuite en revue les *maladies générales*, celles de la *peau* et des *tissus* ; celles du *crâne*, de la *tête* et du *cou* ; celles du *rachis* et du *bassin* ; celles du *thorax* et de *l'abdomen*, et enfin celles des appareils en particulier ; il a particulièrement détaillé la description des maladies des *membres*, si importantes aujourd'hui tant par leur fréquence que par le résultat de leur traitement bien institué.

Pour chaque cas, il a donné toutes les indications permettant de faire un diagnostic ferme et de différencier l'affection étudiée, des maladies qui peuvent lui ressembler.

Pour chaque traitement, il donne les indications qui peuvent le faire prescrire ou proscrire : à quel moment et dans quelles conditions faut-il intervenir, fuut-il agir immédiatement ou temporiser? Le régime, si important dans la thérapeutique médicale, est étudié en détail, le manuel opératoire chirurgical et obstétrical a été développé dans une large mesure. Il ne suffit pas, en effet, de connaître quand on doit intervenir, il faut aussi savoir comment on doit le faire. M. Guibal décrit les divers procédés actuellement employés, donnant sur chacun d'eux les indications et contre-indications que comporte son application. Ce *Guide du Médecin Praticien* sera utile dans l'exercice de la pratique journalière ; il rendra service aux médecins de campagne qui n'ont pas toujours à leur disposition la riche bibliothèque des médecins de ville, et à tous ceux à qui souvent le temps manque pour retrouver promptement les indications dont le souvenir peut échapper à la mémoire la plus sûre ; il servira en un mot *d'aide-mémoire de chirurgie, de médecine et d'obstétrique*.

Consultations médico-chirurgicales, publiées sous la direction de F. Combemale, professeur de clinique médicale, doyen de la Faculté de médecine de Lille, par MM. Ausset, Caumartin, Charmeil, Combemale. Dubar, Folet. Gaudier, Ingelrans, De Lapersonne, Le Fort, Oui, Potel, Surmont, professeurs, professeurs agrégés, chefs de Clinique à la Faculté de Médecine de Lille, première série, 1 vol. in-16 jésus, cartonné toile, de 564 pages, 6 fr. (Octave Doin, 8, place de l'Odéon, Paris (6e ar.).

Nlle Imprimerie. E. Lesnier directeur. 35 37 rue St-Lazare. Paris Le Propriétaire-Gérant : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Un médicament d'avenir : l'adrénaline. — C'est sous ce titre que le Dr Lermoyez, dans la *Presse Médicale* du 7 mai 1902, faisait connaître les applications véritablement extraordinaires de cette curieuse substance qui peut, dès à présent être comptée comme une des plus précieuses conquêtes que la thérapeutique ait faites depuis vingt ans. M. Lermoyez l'a définie humoristiquement : l'alcaloïde de la bande d'Esmach.

La propriété, en effet, qui frappe le plus, parmi celles qu'a révélées l'expérimentation de l'adrénaline, c'est son action hémostatique locale, aussi puissante qu'immédiate. M. Tuffier a pu, au cours d'une néphrotomie, constater qu'un simple badigeonnage à l'adrénaline sur la surface de section rendait celle-ci absolument exsangue. L'effet vaso-constricteur est tel que la tranche devient immédiatement pâle et comme ligneuse pendant plusieurs minutes. Des applications locales sur des hémorrhoïdes enflammées et douloureuses ont amené, au dire du Dr Le Noir, un soulagement presque immédiat et la décongestion des veines en moins d'une heure (*Soc. Med. des hôpitaux*, 14 novembre 1902)

Les hémoptisies des tuberculeux ont été favorablement influencées par des instillations trachéales de quelques gouttes d'une solution à 1/10.000 (Le Noir, *Ibid.*).

Mais cette action intéressante si remarquable comporte d'autres applications encore. Des rétrécissements dits infranchissables de l'urèthre, ont pu admettre assez aisément des bougies dilatatrices après instillations de quelques gouttes d'une solution d'adrénaline à 1/1000, sous l'influence de laquelle la turgescence de la muqueuse avait cédé en même temps, que l'anesthésie immédiate avait arrêté le spasme (Frisch).

En opthalmologie et, en oto-rhino-laryngologie, les applications ont été non moins nombreuses. L'anesthésie complète pour les petites opérations (Darier), la vaso-constriction pour le glaucome (Kirchner), la diminution des gonflements muqueux (coryza, catarrhe de la trompe) etc., sont des résultas actuellement acquis et journellement mis en pratique par les spécialistes.

Il n'est pas jusqu'aux végétations du cancer qui ne pâlissent et ne s'applatissent sur son action, et certains cas de cancer cutané et de lupus traités par ce moyen, actuellement en cours d'observation, permettent de ce côté les plus grands espoirs.

Devant ces applications si nombreuses et si puissantes, tous les médecins ont cherché à se procurer de l'adrénaline, ce qui n'a pas été très facile jusqu'ici, car il n'est pas douteux que seule la solution stérilisée et titrée d'adrénaline cristallisée est applicable, et non les extraits de capsules surrénales, de composition irrégulière et de conservation aseptique presque impossible.

Jusqu'à ces derniers temps on ne pouvait se procurer de l'adrenaline qu'en utilisant une préparation américaine excessivement coûteuse et de composition mal définie.

Cette lacune est aujourd'hui comblée. Après de patientes études entreprises dans ce but, la maison Clin est parvenue à établir un procédé de fabrication de l'adrénaline lui permettant de produire ce médicament en grande quantité et avec des garanties absolues de pureté et d'activité.

Cette Adrénaline est employée en solutions, surtout à l'état de chlorhydrate, sel à la fois soluble et stable. Avec ces solutions on peut faire des badigeonnages, des instillations, des injections hypodermiques. Eu égard à ces différents modes d'applications, il est utile d'avoir des solutions à plusieurs titres. Il existe trois types de solutions à l'Adrénaline Clin qui, dans l'état actuel de la question, répondent aux diverses indications thérapeutiques.

1° Solution d'Adrénaline Clin au 1/1000e ou solution forte. Cette solution peut être employée directement, soit en badigeonnages, soit en instillations, mais est surtout réservée pour les interventions chirurgicales.

2° Collyre d'Adrénaline Clin au 1/5000e. C'est la solution faible de titre moyen qui trouve le plus grand nombre d'applications.

A la clinique de Laryngologie de M. Moure, on emploie fréquemment cette solution à 1/5000e, et même quelquefois la diluée on pour en diminuer le titre de la moitié.

On peut additionner le Collyre d'Adrénaline Clin, de cocaïne, de pilocarpine, d'ésérine, etc., dans les proportions de la posologie habituelle, l'Adrénaline renforçant pour ainsi dire l'action de ces alcaloïdes.

3° Solution d'Adrénaline Clin pour injections hypodermiques. Solution titrée à 1/2 milligramme d'Adrénaline par centimètre cube.

Un centimètre cube représente la dose de choix, MM. Souquet et Morel, ayant démontré que cette dose n'est jamais dangereuse, tandis celle de 3/4 de milligrammes à 1 milligramme peut présenter des inconvénients.

Les injections hypodermiques d'Adrénaline ne sont pas douloureuses, et doivent être faites avec toutes les précautions voulues d'antisepsie.

L'huile grise dans le traitement de la syphilis. — La plupart des syphiligraphes se servent aujourd'hui de l'huile grise stérilisée, préparée par Charlard-Vigier et titrée à 40 0/0 de mercure, qui est livrée de préférence en petits flacons stérilisés d'environ 2 c.c; une division de la seringue de Pravaz correspond à 0 gr. 025 de mercure. Avant de s'en servir, on chauffe légèrement et on agite. On se servira de préférence d'une seringue spéciale construite par Monsellier. Cette petite seringue est divisée en 15 divisions. Chaque division correspond exactement à 1 centigramme de mercure métallique. L'aiguille, en platine iridié, a de 5 à 7 centigrammes de long, afin que l'injection soit bien faite en plein muscle.

Chez l'adulte, on injecte en moyenne 8 centigrammes de mercure métallique tous les 8 jours. Chez la femme, 6 à 7 centigrammes, chez l'enfant au-dessous de 3 ans, 1 centigramme.

Avantages de l'huile grise. — Les injections d'huile grise sont toujours parfaitement supportées La douleur est nulle si on a le soin d'enfoncer l'aiguille d'un coup brusque. Pas de douleur consécutive; parfois un peu d'engourdissement de la jambe : le malade n'est *jamais obligé de quitter ses occupations.* L'inflammation locale consécutive fait presque toujours défaut : même le simple nodus inflammatoire est rare. Quant à la stomatite, elle ne se produit pas, avec l'huile grise, quand on ne dépasse pas les doses ordinaires. Pendant le traitement, on prescrira avec avantage des pastilles de biborate de soude Vigier et le savonnage des dents et des gencives avec le savon dentifrice Charlard-Vigier.

Direction du traitement. — L'huile grise, à la période primaire, constitue un excellent traitement. Contre les accidents secondaires ou tertiaires, elle représente une cure des plus actives; au bout de deux, trois injections on verra souvent rétrocéder des lésions qui n'auraient cédé qu'à plusieurs semaines de traitement mercuriel par ingestion ou par injections de sels solubles.

On fera 6 injections, à raison d'une par semaine : on donne ensuite 6 semaines de repos : pendant la première année de l'infection syphilitique, on pourra faire 3 à 4 séries, et dans les deux années suivantes, deux séries: plus tard, on y aura recours de temps en temps s'il y a lieu.

M. F. Vigier prépare également : l'*huile au calomel* à 0,05 cent. par ccm; — l'*huile au biiodure de mercure* a 0,004 milligr., à 0,01 centigr. et à 0.015 milligr. par ccm; — des *solutions aqueuses de biiodure de mercure* à 0,03 centigr. par ccm et autres doses. Enfin toutes les solutions aux divers sels mercurielste, Benzoate. Cyanure, etc.

Pharmacie Charlard-Vigier, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle, Paris.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS, 6e

RECENTES PUBLICATIONS

Les Armes blanches, *leur action et leurs effets vulnérants,* par les Drs H. NIMIER, médecin principal de deuxième classe, professeur au Val-de-Grâce, et Ed. LAVAL, médecin major de deuxième classe, 1 volume in-12, avec 39 gravures dans le texte..... **6** fr.
Les Projectiles des armes de guerre, *leur action vulnérante,* par *les mêmes,* 1 volume in-12 avec 36 gravures dans le texte..... **3** fr.
Les explosifs, les poudres, les projectiles d'exercice, *leur action et leurs effets vulnérants,* par *les mêmes,* 1 volume in-12, avec 18 gravures dans le texte..... **3** fr.

De l'infection en chirurgie d'armée, *évolution des blessures de guerre,* par *les mêmes.* 1 volume in-12 avec gravures dans le texte..... **6** fr.
Traitement des blessures de guerre, par *les mêmes.* 1 volume in-12 avec 52 gravures dans le texte. **6** fr.

COLLECTION MÉDICALE

Volumes in-12, cartonnés à l'anglaise, à *4* francs et à *3* francs

Envoi franco contre mandat-poste

COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

par M. le professeur Félix TERRIER membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien de la Pitié.

Petit Manuel d'Antisepsie et d'Asepsie chirurgicales, par les docteurs FÉLIX TERRIER et M. PÉRAIRE ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-12, avec gravures, cartonné à l'anglaise..... **3** fr.
Petit Manuel d'Anesthésie chirurgicale, par *les mêmes.* 1 vol. in-12, avec gravures, cartonné à l'anglaise..... **3** fr.
L'Opération du Trépan, par *les mêmes.* 1 vol. in-12, avec 222 gravures, cartonné à l'anglaise.... **4** fr.
Chirurgie de la Face, par les docteurs FÉLIX TERRIER, GUILLEMAIN, chirurgien des hôpitaux et MALHERBE, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-12, avec 214 gravures..... **4** fr.
Chirurgie du Cou, par *les mêmes.* 1 vol. in-12, avec 101 gravures, cartonné à l'anglaise..... **4** fr.
Chirurgie du Cœur et du Péricarde, par les docteurs FELIX TERRIER et REYMOND, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-12, avec 79 gravures, cartonné à l'anglaise..... **3** fr.
Chirurgie de la Plèvre et du Poumon, par *les mêmes,* 1 volume in-12 avec 67 gravures, cartonné à l'anglaise..... **4** fr.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

1902

Maladies infectieuses

Actinomycose de la joue guérie par des injections d'iodipine, 157. — (Un nouveau cas, 412.
Angine diphtérique guérie par les douches locales au phénate de soude, 155.
Antidiphtérique (Injections préventives de sérum), 155 et 233. — (Statistique du traitement), 155.
Cancer au début (Le lysol dans le), 267. — (Sérothérapie du), 375.
Charbon (traitement par les injections sous-cutanées d'acide phénique, 157.
Charbonneuses (sublimé corrosif dans les affections), 551.
Cholélithiase et son traitement, 397.
Croup (traitement), 339.
Diphtérie traitée par le sérum antidiphtérique au 16e jour, 233. — (traitement local), 338. — par l'antitoxine et la pilocarpine), 518.
Erysipèle à répétition (Vaccine contre), 339. — (le sérum antidyphtérique dans le traitement de l'.), 698, 808. — (teinture d'iode dans l'.), 551. — (térébenthine dans l'.), 234. — (traitement), 551.
Fièvres paludéennes (l'arrhénal, traitement spécifique très puissant des), 149. — (de forme chronique. Traitement par les injections de bibromhydrate de quinine), 234. — (palustres en Algérie. Traitement arrhénique), 699. — (palustre. Prophylaxie, par la quinine, 630. — (typhoïde (Injections intraveineuses de sérum artificiel, dans la), 156. — (Iode par voie buccale et en injections hypodermiques dans le traitement de la), 84. — (perforation de l'intestin au cours de la), 517. — (la quinine dans la), 629. — (soufre dans la), 589. — (thérapeutique minima de la), 48. — (traitement), 517. — (traitement abortif et éliminateur), 517. — (traitement spécifique), 266.
Grippe (Valeur thérapeutique du calomel dans la), 194.
Hay fever (traitement, 697.
Maladies infectieuses aiguës (injections de sérum dans les), 195.
Malaria (Quelques formes graves de), 773.
Néphrite scarlatineuse (traitement), 411.
Paludisme en Roumanie (prophylaxie et traitement), 629. — (résultats thérapeutiques de l'arrhénal employé dans le), 442.
Parotidite (térébenthine dans la), 234.
Perforation intestinale typhique (Traitement), 85.
Peste bubonique (la levure de bière et la levurine dans la), 234. — (sérothérapie de la), 374. — (traitement de la), 410.
Rhumatisme blennorrhagique (traitement), 518.
Rougeole (traitement général), 411.
Scarlatine (sérothérapie de la), 156. — (térébenthine dans la), 234. — (traitement à la Maison d'isolement), 518. — (traitement de la), 156. — par le sérum antistreptococcique), 772.
Sérothérapie antidiphtérique (ses succès), 698.
Sérum antidiphtérique (ses résultats), 410. — (Valeur thérapeutique), 551. — antistreptococcique (Indications et résultats cliniques), 772. — artificiels (préparation et conservation), 772.
Tétanos chronique d'une durée d'un mois (injections de sérum antitétanique. Guérison), 808. — (et vaccination), 698. — (guéri par des injections d'acide phénique), 84. — (traité par le sérum antitétanique et la morphine. Mort), 339. — (traitement), 807.
Trichinose (diagnostic et traitement), 552.
Tuberculose (Hétol dans la), 267. — (prophylaxie), 697.
Vaccination (contre-indications momentanées de la), 49.
Varicelle (Térébenthine dans la), 234.
Variole (acide picrique dans la), 48. — (prophylaxie et traitement de la), 589. — (vaccination dans la période d'incubation de la), 49.

Maladies générales non infectieuses. Maladies de la nutrition et intoxications.

Addison (Maladie d'), 444. — traitée par l'opothérapie, 519. — par les injections de suc de capsules surrénales, 469.

Albuminurie (thérapeutique alimentaire par la gélatine), 339.
Albuminuriques (diététique des), 337.
Alcoolisme chronique (la suggestion dans l'), 591. — (traitement par l'hypnothérapie, 195.
Anémie pernicieuse (nature et traitement), 123.
Artériosclérose (traitement par le sérum de Trunecek), 737.
Basedow (maladie de) thyroïdectomie, 339. — (sympathicectomie dans le traitement de), 738. — (traitement, 444. — électrique), 553.
Démorphinisation, 444. — (dangers de l'héroïne dans la), 304. — (emploi du camphre dans la cure de), 519. — (de l'héroïne, 109.
Diabète (action de la pomme de terre dans le), 122. — (Cure de pommes de terre dans les), 85. — (hydrothérapie dans le traitement du), 412. — sucrés et complications diabétiques. sucré, (pathologie et traitement), 808. — (traitement, 664.
Diabétiques (échanges chez les), 231. — (emploi de la pomme de terre chez les), 192. — (régime lacté chez les), 737.
Echanges nutritifs chez l'homme (action de l'alcool sur les), 86. — (influence des préparations ovariques sur les), 158.
Empoisonnement par la belladone (traitement par la morphine, 269. — (par l'emploi thérapeutique de l'arsenic, 413.
Erythème noueux compliqué d'iritis, 340.
Glycosurie (thérapeutique alimentaire par la gélatine), 339.
Goitre exophtalmique (médication thyroïdienne), 590.
Goutte (traitement par l'urosine), 268.
Goutteux (traitement et régime des), 37.
Gravelle oxalurique (pathogénie et prophylaxie, 123.
Greffe thyroïdienne et ensemencement thyroïdien, 809.
Hématomes (traitement des) par l'huile comestible, 802.
Hémophilie (traitement par le chlorure de calcium), 444.
Hémorragies (thérapeutique alimentaire par la gélatine), 339.
Hodgkin (maladie de) et leucémie lymphatique (traitement), 664.
Intoxication par la strychnine, 413. — saturnines aiguës et chroniques traitement par la lumière bleue, 839.
Leucémie lymphatique et maladie de Hodgkin (traitement), 664.
Membres inférieurs (appareils nouveaux pour la rééducation des mouvements des), 14.
Morphinisme (l'hypnotisme comme adjuvant dans le traitement du), 445.
Myxœdème et son traitement, 809.
Nutrition générale (antagonisme de la cocaïne et de la morphine au point de vue de la) et dans le traitement du morphinisme, 840.
Obésité (la thyroïdothérapie dans l'), 49. — (traitement), 412. — (traitement par les bains de lumière électrique, 157.
Organisme (action des sels de plomb sur l'), 268.
Phosphorisme aigu, 737.
Préparations ovariques (influence des) sur les échanges nutritifs, 158.
Rachitisme (thymus et), 412.
Régime pauvre en chlorure de sodium (action de l'iodure de potassium en cas de), 520.
Rhumatismales (diagnostic et traitement des affections), 553.
Rhumatisme aigu articulaire (traitement par le massage au pétrole), 839. — (action inverse du salicylate de soude au cours du), 45. — avec température de septicémie traité par le sérum antistreptococcique, 195. — traitement par l'acide salicylique et le salicylate de soude, 738. — articulaire (aspirine dans le), 159. — articulaire et sérothérapie, 413. — chronique et son traitement, 590. — (traitement local des localisations du), 665.
Saignée (injection de caféine comme auxiliaire de la), 695.
Scabiès (intoxication par l'hydrogène sulfuré chez un malade atteint de) et traité par l'application d'une pommade soufrée, 268.
Toxémie par insuffisance de l'appareil urinaire (pathogénie et traitement), 552.
Urémie (emploi de la morphine dans l'), 840.
Vieillard (traitement des maladies du), 737.

Chirurgie générale

Abdomen (Contusion de l') par coup de pied de cheval, 196. — (traitement des traumas de l'), 591.
Accidents de chemin de fer, traitement primitif, 704.
Adénite iliaque tuberculeuse compliquée d'occlusion, 812.
Amputation préscaphoïdienne et transcuboïdienne, 124.
Analgésie des dents par l'électricité, 238. — par les injections intra-rachidiennes de cocaïne, 161.
Anesthésie chirurgicale (accidents que peut produire le chloroforme employé pour obtenir. 17. — générale par le chlorure d'éthyle, 741. — locale à la cocaïne, 378. — locale à l'eucaïne B. 378. — locale obtenue par l'emploi de l'éther de l'acide paramidobenzoïque, 377. — médullaire. Méthode de Bier, 160. — par le bromure d'éthyle, le chlorure d'éthyle (inhalateur à réservoir d'air

pour l'), 433. — par la méthode de Bier, 160.
Anesthésique général. Le chlorure d'éthyle, 305.
Angiomes inopérables. Injections d'alcool, 343.
Ankyloses (traitement des), 481. — vicieuse. Ostéotomie trochantérienne oblique pour), 415.
Anus artificiel en un seul temps. Nouveau procédé, 482. — (traitement de la fissure douloureuse de l') par les courants électriques de haute fréquence, 19.
Appendicites à forme diffuse. Intervention chirurgicale, 592. — (Discussion sur l'), 840. — gangréneuse. Diagnostic, 418. — (Moyens employés dans le traitement de l'), 811. — (Opportunité de l'appendicectomie après suppuration causée par l'), 164. — traitement, 196, 197, 520, 810, 829. — (Traitement des abcès intra-péritonéaux de l'), 340. — (traitement conservateur et guérison trompeuse par ce traitement de l'), 197.
Artère fémorale (intervention chirurgicale dans un cas d'attrition sous-cutanée de l'), 416. — vertébrale (anévrisme de l') d'origine traumatique, guéri par la ligature profonde, après excision et tamponnement du sac, 124.
Ascite chez les cirrhotiques. Traitement, 307.
Astragalectomie dans quelques complications des fractures supra et bimalléolaires, 163.
Bains chauds dans les affections chirurgicales, 703.
Calculs biliaires (Cholécystotomie pour), 87.
Canal médullaire chez l'homme (Opérations qui intéressent le), 161.
Cancer (essai de traitement par les rayons X d'un cas de), 343. — (la photothérapie dans le), 237. — Traitement par les caustiques, 199.
Capsule surrénale (action hémostatique de l'extrait de), 88.
Carcinome (Cause des récidives se manifestant dans les ganglions lymphatiques après des opérations pour), 127. — Nouvelle méthode de traitement, 157. — rectal (Mode opératoire de), 164. — stomacal. (Survie de 4 ans 1/2 après une gastro-entérostomie pour), 810.
Carotide (ligature des branches de la) pour tumeurs malignes, 305.
Catgut. Mode de préparation, 776.
Cérébrale (Chirurgie), 375.
Chirurgie conservatrice, 763. — (Eau-oxygénée en), 741. — (Emploi du dymal en), 379. — (Faits de pratique courante de petite), 88. — nerveuse, 483. —
Chloroforme (le) est-il plus dangereux que l'éther, 447. — (mort sous le), 269.
Chloroformisation (accidents mortels de la). 159. en particulier chez les cardiaques, 181. — et éthérisation, 200. — (traitement des accidents de la), 813.
Circonvolution frontale gauche (destruction de la 3e) suivie de guérison, 813.
Circulation porte (déviation chirurgicale de la) 4. Opération du Talma, 702.
Clavicules (fractures symétriques des), 271.
Cœcum (cancer du) extirpation, guérison, 593.
Cœur et péricarde (Chirurgie du), 773. — (Plaie du) traitée avec succès par la suture, 19.
Col du fémur (traitement des fractures du) et de la rotule par la mobilisation précoce, 555.
Colites rebelles (intervention chirurgicale dans les formes graves de), 811.
Colon (occlusion intestinale au niveau des angles du), 482.
Coude (luxation du) gangrène de l'avant-bras. Amputation, 481.
Coxa vara traumatique, 481.
Delorme (indications de l'opération de), 812.
Désarticulation inter-scapulo thoracique, 556.
Diabétique (amputation de la cuisse chez une) suivie de la disparition de la glycosurie, 376.
Diverticule de Meckel (étranglement causé par le), 87.
Duodénostomie, 87.
Eau chaude dans la pratique chirurgicale, 343.
Echinocoque. Traitement opératoire, 810.
Empyème (incision postérieure dans l'), 812. — par l'incision verticale postérieure, 416.
Entorse (traitement électrique de l'), 52.
Epilepsie jacksonienne (valeur chirurgicale de l'), 417.
Epiphyses (séparation des) leur traitement, 18.
Estomac (chirurgie de l'). 417. — (Corps étrangers de l') et leur traitement, 702. — (Greffe intestinale à l'). 375. — (Intervention chirurgicale dans les coups de feu de l'), 810. — (Perforation de l') avec péritonite généralisée. opérée quatre jours après le début de l'affection. Guérison, 126.
Etranglement intestinal. Traitement d'après le procédé de Batsch, 163.
Extrémités inférieures, (ténotomie du tendon d'Achille dans les fractures compliquées des), 701.
Face (cancer mélanique de la), 701.
Foie. (chirurgie du), 810.
Fractures non compliquées de plaies. Traitement par la méthode nouvelle, 413. — traitées par le massage, 88, 270.
Ganglion de Gasser (résection du), 236.
Gangrènes diabétiques (traitement des), 19.
Gastro-entérostomie par divers procédés, Résultats, 841. — Résultats fonctionnels de différents procédés, 776.
Gastrostomie, 482. — faite avec succès chez un enfant, 307. — Technique actuelle, 445.

Genoux (luxation des cartilages semi-lunaires du) avec intervention, 162. — (Tumeur blanche du) Traitement par l'immobilisation et la résection. Résultat des résections, 416.
Glycosurie et diabète (opérations dans la), 446.
Goître plongeant, 446.
Hanches (traitement des ankyloses osseuses de la), 481.
Hémophilie (action du thermo-cautère dans un cas d'), 308.
Hémorrhoïdes internes. (traitement des), 522. — (traitement), 483. — (traitement chirurgical, 418. — (traitement par l'arsonvalisation, 199. — (par l'énucléation, 740.
Hémostatique (action de l'extrait de capsule surrénale, 88.
Hépatotomie pour occlusion biliaire, 307.
Hernie fémorale. Cure radicale, 841 — ventrale (traitement préventif), 342.
Ictère par obstruction (traitement chirurgical, 198.
Inhalateur à réservoir d'air, 372. —
Injections intrarachidiennes de cocaïne, 16.
Intestinale (indications et usage de la ligature élastique en chirurgie), 50.
Intussusception. Guérison après opération. 445.
Lésions traumatiques rachidiennes (difficulté du diagnostic des), 15.
Lithiase biliaire (Cholécystectomie dans la), 556.
Luxation sous-caracoïdienne (suture de la tête de l'humérus à l'acromion dans un cas de vieille), 305.
Lymphangiectasie d'origine filarienne. Traitement opératoire, 127.
Malaria et carcinome, 165.
Membre inférieur (fracture du), 161. — (paralysie des) suite de mal de Pott, guérie par l'opération. 163. — (traitement des tumeurs blanches du) par les appareils de marche, 162.
Mésentère (les kystes du), 593. — (kyste hydatique du). Extirpation, 308.
Méso-pharynx (pharyngotomie pour extraction des tumeurs du), 775.
Mœlle. Section complète traitée par la myélorraphie, 446.
Narcose générale au chlorure d'éthyle, 89.
Nez ensellé (prothèse à la paraffine pour). Amaurose unilatérale consécutive, 308. — (Injections sous-cutanées de paraffine dans les difformités du), 419.
Oblitération d'un trajet osseux avec la poudre d'os, 235.
Obstruction intestinale (traitement de l') par les injections d'atropine, 19.
Occlusion intestinale (Anus artificiel et entéro-anastomose dans le traitement de l'), 775.
Oesophage (corps étranger de l'). Oesophagotomie externe. Guérison, 86. — (traitement des rétrécissements de l'), 128. — des rétrécissements de l') de nature maligne, 774.
Omoplate, (amputation interscapulo-thoracique pour tumeurs malignes de l'), 812.
Otogènes (chirurgie cérébrale pour lésions), 812.
Pancréas (ablation d'une tumeur sarcomateuse de la muqueuse du) chez une enfant de 4 ans et 8 mois, 418.
Péritonite aiguë généralisée. Traitement. 307. — chronique guérie sans opération, 125. — (entérostomie dans la), 341. — par épanchement (virulence du contenu stomacal dans la) 341. — septique (introduction directe de purgatifs dans le gros intestin, dans les opérations pour), 125. — septique (injection directe de purgatifs dans l'intestin durant l'opération faite pour la), 376. — (traitement), 341. — tuberculeuse. (Traitement chirurgical), 592.
Pérityphlite. Traitement opératoire, 592.
Phlegmons et abcès péri-ano-rectaux. (Traitement chirurgical). 593.
Pied bot congénital (traitement du) à la naissance, 740. — (Traitement chirurgical), 364. — creux. Pathogénie et traitement, 415. — plat valgus douloureux, invétéré. (Opération d'Ogston pour), 776.
Plaies opératoires (alcool acidifié par l'acide acétique dans le traitement des), 523. — suppurantes de la paroi après laparatomie. Fermeture, 484.
Ponction spinale, 87.
Prolapsus rectal (la sigmoïdopexie contre l'), 842. — volumineux (traitement opératoire, 342.
Prothèse à la paraffine solide, 447. — sous-cutanées et sous-muqueuses à la paraffine, 165.
Prothétique (usage de la paraffine comme moyen), 703.
Pylorectomie pour cancer, 126.
Pyorrhée alvéolo-dentaire. (Traitement potentiel, 377,
Rachicocainisation (mort par), 16. — (Technique de la), 361.
Rate (Splénectomie pour rupture de la), 19.
Rotule. Fracture secondaire, 556. — (Luxations congénitales de la), 446.
Scoliose à ses diverses périodes (Rôle de la kinésithérapie dans le traitement de la), 51. (doit-on, dans le traitement de la) lutter spécialement contre la rotation des vertèbres, 17. — (Indications du traitement correctif dans la), 236,
Sein (cancer inopérable du) traité par l'oophorectomie, 306. — (Castration pour cancer

inopérable du), 18. — (Faut-il curer l'aisselle dans le cancer du), 701. — (Traitement d'un cancer du) récidivant chez une femme de 93 ans, 306.
Sous-astragaliennes (tumeurs (blanches), 812.
Sphagnum (application chirurgicale du), 813.
Spina bifida (deux cas) traités avec succès, le premier par le liquide de Morton, le second par l'excision, 375. — (Traitement), 556.
Splénomégalie primitive (Splénectomie dans la) 236.
Suppurations chroniques des sinus maxiliaire (Traitement des) par la résection de la paroi nasale du sinus, 738.
Syncope chloroformique (Subluxations rythmées du maxillaire inférieur, pour prévenir la) 483.
Synovites tuberculeuses, (Cure des) 51. — chronique (traitement chirurgical de la), 271.
Tarse postérieur. Fracture, 699.
Taxis (suppression du), 342.
Tête fémorale (reposition sanglante de la), 554. — humérale (Suture de la) à l'acromion dans une luxation ancienne, 415.
Thrombose crurale post-opératoire, 739.
Traumatismes craniens (ponction lombaire dans le diagnostic des), 15,
Trijumeau (traitement chirurgical des névralgies du), 235.
Tuberculoses chirurgicales (traitement des) par l'électricité, 196. — locale. (Traitement), 701.
Tumeur cérébrale (trépanation pour), 15. — (destruction par l'eau chaude des restes de) dans une plaie, 343. — malignes, (traitement par la photothérapie), 306. — (traitement médical des), 519.
Tumeurs malignes (traitement médical), 519.
Ulcère de l'estomac, (Traitement chirurgical, 522 — (de la perforation de l'), 521. — duodénal (perforation de l') cœliotomie et gastrojejunostomie, 702. — rongeant. Pathogénie et traitement, 844.
Veine cave inférieure (ligature de la) suivie de guérison, 417. — mésaraïque supérieure (Thrombophlébite de la) avec gangrène de l'intestin, 125.

Maladies de l'appareil digestif

Abcès hépatiques (traitement), 273.
Actinomycose appendiculaire, p. 742.
Aérophagie, 523.
Amygdalite aiguë (traitement par l'application locale de teinture d'iode), 54.
Angines à tétragènes, 594. — de Vincent (traitement par le bleu de méthylène, 89. — Folliculaire (traitement), 594. — Ulcéro membraneuses, 238.
Appendicite parasitaire, 149. — (traitement), 272.
Atonie gastrique, 128. — Stomacale, 379.
Calculs intestinaux d'origine médicamenteuse, 335.
Cancer de l'estomac, 344.
Catarrhe chronique de l'estomac (traitement du) 53.
Coliques hépatiques (Iodure de potassium dans les), 239.
Constipation chronique opiniâtre (traitement par le courant galvano-faridique, 380. — Habituelle (emploi de l'électricité dans le traitement de la) 742. — habituelle (traitement), 129, 346, 379. — opiniâtre (la valvotomie comme traitement chirurgical de la), 666. — constipation spasmodique (application du courant de Watteville à la), 525.
Corps étranger ayant séjourné dix ans dans l'estomac, 559.
Défécation (manœuvre facilitant la), 130.
Diarrhée chronique (traitement), 192, 234, 265. — (traitement spécialement par l'acide chlorhydrique, 223.
Digestion stomacale (action de l'acide carbonique sur la), 741.
Dysenterie chronique (colostomie temporaire en cas de), 54. — (traitement), 239.
Dyspepsie appendiculaire (appendicectomie pour) 742. — hypersthénique aiguë, paroxystique ou périodique (traitement), 558. — nerveuse, 846.
Entéroptose (traitement de l'), 524.
Estomac (Emploi de l'orthoforme dans le diagnostic différentiel des affections douloureuses de l'), 309. — en sablier (traitement), 594. — (influence des épices sur les fonctions de l'), 485. — (traitement diététique des maladies de l'), 630. — (traitement des dilatations d'), 577 et 621, 845.
Etranglement intestinal (traitement par des injections sous-cutanées d'atropine), 666.
Foie (cirrhose du) traitée par l'établissement chirurgical d'une circulation collatérale, 449. — (traitement prophylactique et curatif), 449. — mobile avec distension de la vésicule, (traité par la cholécystotomie,) 631.
Fonction motrice de l'estomac (influence des attitudes sur la), 524. — sécrétoires et motrices de l'estomac (action des épices sur les). 379.
Gastroentérostomie dans les affections non cancéreuses de l'estomac, 272. — (Ulcère peptique du jéjunum après la), 345.
Gastro-intestinale (réactions électriques de la musculature). Leur valeur thérapeutique, 665. — (traitement des affections), 665.
Glandes gastriques. Leur travail, 404.

Hémorragies gastro-intestinales (extrait de capsules surrénales dans les), 239.
Hyperchlorhydrie, 484.—Hyperchlorhydrie, 344.
Ictériques (influence de la médication thyroïdienne sur le prurit des), 666.
Iléus (traitement par l'atropine), 129, 239.
Lavages intestinaux à l'eau oxygénée, 89.
Lavement électrique, 559.
Lithiase biliaire (traitement, 346, 631. — vésiculaire (valeur et indication de l'intervention chirurgicale dans la), 846.
Mort rapide ou subite d'origine gastrique, 217.
Œsophage (rétrécissement de l') d'origine traumatique, 309. — (traitement du cancer de la partie thoracique de l'), 559.
Péritypphlite (traitement), 381.
Purgatif nouveau, la purgatine, 612.
Pylore (traitement des rétrécissements du), 238.
Régime alimentaire (institution du), 837. — Régime chez les bien portants, 806. — (établissement du) en quantité, 769. — lacté intermittent, 82.
Sécrétion gastrique (action de l'alcool sur la), 344.
Sténose pylorique d'origine biliaire. (Cholécystotomie et cholédocotomie idéale, 448.
Stomacales (Importance du traitement médicamenteux dans les affections), 845.
Ulcère de l'estomac, 344. — (excision), 309. — (traitement), 448. — (traitement chirurgical), 272. — (traitement opératoire des hémorrhagies dans l'), 345. — simple de l'estomac (gastro-entérostomie dans l'), 595. — stomacal (guérison d'un cas d') par le séroforme, 741. — (indications opératoires, 128.

Appareil pulmonaire. Cœur et vaisseaux.

Anévrismes (traitement par des injections sous-cutanées de gélatine), 744.
Angine de poitrine hystérique, 312, 421.
Angiomes plans (traitement par les courants de haute fréquence), 706.
Angio-spasme (traitement), 632.
Apepsie (gastrique des tuberculeux (la thyréothérapie dans l'), 201.
Artério-scléreux (sérum de Trunecek chez les). 421.
Asthme chronique (symptomatologie et traitement), 55. — dyspeptique (traitement de l'), 526. — (hystérique et traitement de l'asthme en général), 743. — (traitement intra-nasal dans l'), p. 420. — (traitement par les injections de nitrate d'argent), 633.
Bronchites aiguës (traitement), 777.
Bronchorrhée fétide traitée par les inhalations d'oxygène prolongées, 311.
Cardiaques (administration de l'opium dans les maladies) et dans l'intoxication saturnine, 450. — (traitement combiné des affections), 450.
Cardiopathies (emploi de la digitale et de l'aconit dans les), 705.
Cardiovasculaire (action) de la péronine, 231.
Cœur (action de l'antiarine sur le), 347. — (indications de la digitale dans les maladies du). 562. — (kinésithérapie dans les maladies) d'origine artérielle, 347. — (pharmacologie du), 90. — (traitement balnéaire des troubles fonctionnels du), 422. — (traitement des affections valvulaires du), 527.
Dégénérescence graisseuse du cœur, 486.
Empyème (traitement chirurgical), 743.
Endocardite infectieuse simple (traitement), 778. — (septique guérie par des injections argyriques intra-veineuses), 596. — (septique, traitement), 346.
Epanchements pleuraux à répétition (traitement par les injections gazeuses), 420. — pleurétiques (évacuation totale des) par la ponction aspiratrice, 562. — pleurétiques (intervention chirurgicale dans les), 55.
Gymnastique respiratoire (emploi thérapeutique), 705.
Hémophilie (extrait de capsule surrénale comme hémostatique dans l'), 313.
Hémoptysie (arrêt de l'hémorragie en cas d'), 451. — (la gélatine comme hémostatique dans les), 848. — (traitement), 596. — par l'adrénaline). 848. — tuberculeuses (extrait de capsules surrénales comme hémostatique dans les), 848.
Hémostatique (action) des injections intra-veineuses de chlorure de calcium, 814.
ctus apoplectique (traitement), 275.
Kinésithérapie cardiaque, 848.
Myocarde (traitement des maladies du) et des valvules du cœur, 527.
Myocardites (effets thérapeutiques de la digitoxine dans les), 275.
Œdème des membres inférieurs chez les cardiaques (bandage destiné à faire disparaître l'), 91.
Péricardite rhumatismale (paracentèse pour), 90.
Phlébites (massage et mobilisation dans les), 597.
Phtisie (Izal dans le traitement de la), 131. — (prophylaxie et traitement), 201. — (traitement curatif et prophylactique), 90. — (traitement de la) par les injections sous-cutanées d'arsenic, 743.
Pleurésies avec épanchements séreux (le bleu de méthylene dans le traitement des), 561. — exsudatives (aspirine dans les), 381. — exsu-

dative (traitement d'après le procédé de Levacheff, 848.
Pneumonie et hydrothérapie, 419. — (le carbonate de créosotes dans la) 200, 311. — lobaire (traitement), 310, — lobaire (traitement chirurgical de l'abcès du poumon consécutif à la), 485. — (prophylaxie), 485. — (traitement), 419.
Poumon (indication du traitement chirurgical des processus ulcéreux du), 560.
Pression artérielle (nitrate et nitrite de potassium dans l'augmentation chronique de la), 313).
Sanatoria populaires, 382.
Sérum de Trunecek, 132, 372.
Thérapie pulmonaire (le férissol dans la), 312.
Troubles cardiaques d'origine gastro-intestinale, 849.
Tuberculeux (aspirine dans la fièvre des), 13. — (la cryogénine dans la fièvre des), 847. — (emploi dn méthyl-arsinate disodique chez les), 408. — (un point de vue à considérer dans le traitement des) à propos d'un cas de tuberculose pulmonaire, 333.
Tuberculose (la lécithine dans la), 420. — (l'urée prise dans le traitement de la), 130. — (pro-
Vaisseaux (action exercée sur les) par les médicaments du groupe de la digitale, 706.
Vibrateurs (effet de l'application des) sur les organes de circulation, 91.
phylaxie), 166. — (traitement), 231. — (traitement de la), par l'acide cinnamique, 54. pulmonaire (cure par l'iode à l'état naissant), 130. — (durée du séjour dans les sanatoria, pour la cure de la), 165. — et laryngée (traitement dans les sanatoria), 419. — (traitement), 561. — (traitement par le cinnamate de soude), 847. — (traitement local par inhalation de gaz à action anti-bacillaire, appareil nouveau), 596. — médicamenteux), 486. — par le gaïacol à l'extérieur), 704. — par le valérianate de gaïacol, 847.

Maladies du système nerveux

Affections nerveuses (traitement balnéaire et physico-diététique, 241.
Aliénation mentale (traitement par le bain continu, 383.
Aliénés (Le sulfonal chez les), 56. — traitement, 667.
Anurie réflexe (traitement par les injections épidurales. 707.
Ataxie locomotrice (traitement), 240.
Buveurs (traitement des) par la suggestion hypnotique, 745.
Calmant et hypnotique (apomorphine comme, 667.
Chorée (arsenic dans le traitement de la), 314 et 815. — (traitement), 315, 422. — de Sydenham, (ponction lombaire), 202, 316. — et épilepsie (émulsion cérébrale dans la), 597. — et tics (traitement psycho-mécanique de la), 55. — (le cannabis indica dans la), 706. — (le trionnal dans la), 316.
Coqueluche (le cannabis indica dans la, 706.
Délire alcoolique (traitement par le bromhydrate d'hyoscine), 707.
Désintoxication (cure de) dans les maladies mentales, 745.
Epilepsie (le bromocol, nouveau médicament bromé dans le traitement de l'), 166. — et idiotie (suites éloignées du traitement chirurgical de l'), 745. — (traitement de l'), 384). — (nouveau traitement, 167), par les agents physiques), 851. — par la méthode de Toulouse et Richet), 384. — par l'opocérébrine de Pel), 850.
Fièvre cérébro-spinale traitée par l'antipyrine, 563.
Hémiplégie hystérique chez un vieillard (guérison par suggestion), 56. — (massage et mouvements dans l'), 384. — organiques (les agents physiques et mécaniques dans le traitement des), 706.
Hémorragie cérébrale (traitement abortif), 316.
Hypnose dans les maladies psychiques, 598.
Hypnotisme (application thérapeutiques de l'), 56,
Impuissance sexuelle (traitement électrique), 451.
Liquide céphalo-rachidien, 649.
Little (maladie de), 735.
Mal perforant du pied (traitement par l'élongation des nerfs plantaires), 564.
Maladie de Little (étude clinique), 383. — mentales (le dormiol dans le traitement des), 528.
Méningite aiguë (traitement antisyphilitique), guérison, 316. — (ponction lombaire dans un cas de), 563. — tuberculeuse (guérison d'une), 529.
Migraine traitée par l'arrhénal, 436, 696.
Myélites syphilitiques (traitement par l'introtroduction de solutions mercurielles dans le canal rachidien), 241.
Nerveuses (traitement des affections) par les albuminoïdes bromés, 91.
Neurasthénie consécutive aux opérations chirurgicales, 424.
Neurasthéniques à Luchon (traitement des) 383.
Névralgie faciale (neurectomie contre la), 667. — (traitement), 313. — par les courants galvaniques, 314. — par la galvanisation, 314. — (la santorine contre les douleurs fulgurantes du tabès et contre les), 529. — traitement électrique, 633.

Névroses (traitement nasal des), 57. — traumatiques (action exercée par l'hédonal dans les) 168.
Paralysie générale (traitement), 745. — radiale traumatique, 240.
Polynévrite (traitement), 529.
Ponction lombaire simple à intention thérapeutique, 167.
Raynaud (action comparée de l'iodothyrine et des courants continus dans la maladie de), 816.
Rééducation motrice, 371.
Sciatique (traitement chirurgical), 202. — (traitement électrique, 314.
Sclérodermie (traitement). — 241 (traitement en plaques par l'électrolyse, 563.
Stupeur lypémaniaque ancienne guérie rapidement par la ponction rachidienne, 817.
Suggestion (traitement par la) dans la pratique courante : alcoolisme principalement, 92.
Tabès et traitement par le mercure (rapports existants entre le), 92. — (hydrothérapie du), 423). — (la santonine contre les douleurs fulgurantes du) et contre les névralgies, 529. — (traitement), 634. — (traitement spécifique, 240.
Tabétiques (le massage chez les), 597.
Tic douloureux de la face (indications thérapeutiques), 423. — douloureux de la face (traitement du), 240, 744.
Torticolis mental, 528.
Traumatisme cérébral suivi de mort tardive, 707.
Trijumeau (traitement des névralgies du) par la résection du sympathique cervical, 745.
Troubles nerveux (dose toxique dans le traitement de quelques), 563.

Maladies du larynx, des oreilles et du nez.

Amygdales. Hypertrophie chronique, 454.
Angine scarlatineuse (traitement par des injections locales parenchymateuses d'acide phénique), 668.
Apophyse mastoïde (ouverture secondaire du sinus latéral après les opérations pour carie de l'), 203.
Applications locales (chlorhydrate d'héroïne en), 93.
Capsules surrénales (extrait de) dans la gastrique oto-rhino-laryngologique, 457.
Catarrhe naso-pharyngien (traitement médicamenteux, 599.
Cellules mastoïdiennes (moyens médicaux de prévenir et de combattre l'inflammation des), 853.
Chaine des osselets (procédé pour rendre le massage de la) avec la sonde à ressort de Lucoe moins douloureux, 277.
Coryza aigu (traitement), 456.
Epistaxis (Térébenthine dans l'). 203.
Ethmoïde (traitement des tumeurs de l'), 487.
Gorge et nez (usage du camphre mentholé dans les maladies de la), 202.
Hémorragie nasale incoërcible traitée avec succès par une nouvelle méthode, 854.
Laryngite tuberculeuse (emploi de l'europhène au lieu de l'iodoforme dans les affections du naso-pharynx et en particulier dans la), 93. — (traitement chirurgical), 454.
Larynx (ablation de l'épiglotte dans le cancer inopérable du), 669. — cancéreux (résection du), 669. — (fractures du), 456. — (opérations sur le) par la voie externe, 351, 455.
Mastoïdite aiguë à forme récidivante guérie sans intervention, 170.
Membrane du tympan (traitement des perforations chroniques de la), 599.
Ménière (maladie de) guérie par le courant galvanique, 92.
Névrite optique unilatérale, suite d'affection nasale, 457.
Nez et pharynx (l'air chaud dans les affections du), 599. — (le naftalan dans le traitement de l'eczéma vestibulaire du), 599. — normal et ses fonctions, 487.
Oreille (balle dans l') radiographie, 453.
Otite externe (traitement), 277. — moyenne (traitement de la surdité consécutive à une), 350. — moyenne aiguë suppurée (traitement), 487. — moyennes et leurs complications (traitement), 170. — moyennes purulentes chroniques et leur traitement, 94. — (opération radicale mastoïdienne dans les cas d'), 277. — traitée par la méthode sèche, 636. — moyennes suppurées (massage vibratoire du tympan dans le traitement des), 350. — (oxygène sous pression dans le traitement des), 203.
Oto-rhino-laryngologie (emploi de l'adrénaline en), 58.
Otorrhées (traitement) méthode de Aitken, 132.
Ozène (radiations lumineuses dans le traitement de l'), 351. — (traitement par les courants de haute fréquence), 635.
Rhino-laryngologie (extrait de capsules surrénales en), 133.
Septum nasal (traitement par l'opération de Asch des déviations du), 456.
Suppuration chronique du sinus frontal (traitement, 598. — de l'oreille moyenne (traitement), 453.
Symphyse staphylo-pharyngienne (traitement), 636.
Thyroïdites aiguës suppurées (la thyroïdectomie dans les), 669.
Tuberculose laryngée (influence de la trachéo-

tomie sur la guérison de la), 133. — (traitement), 57.
Végétations adénoïdes (bromure d'éthyle dans les opérations pour), 453. — et hypertrophie des amygdales (traitement opératoire), 350. — (narcose dans les), 635. — (traitement médical), 169.
Voies aériennes supérieures (le parachlorophénol et le menthorol dans le traitement de la tuberculose des), 93.

Ophtalmologie

Analgésiques locaux exempts de toxicité, 78.
Anesthésie par les injections de cocaïne en ophtalmologie, 169.
Blépharites, 457. — ciliaires (acide picrique dans le traitement des), 672. — (traitement des), 817.
Cataractes au début (les collyres et les bains oculaires iodurés contre les), 459.
Conjonctive (le cuprol, nouveau remède pour le traitement des inflammations de la), 349.
Conjonctivites à fausses membranes et complications cornéennes des conjonctivites, 20. — granuleuse (traitement par l'ichtargan, 168. — par la médication iodée, 168.
Cornée (érésine dans les affections de la), 459. — (ichtyol dans les affections de la), 817. — (traitement des affections suppuratives de la) par les rayons chimiques solaires, 817.
Ectropion sénile (traitement chirurgical par le procédé de Terson, 168.
Glaucome absolu (Résection partielle du nerf optique dans le), 276. — (traitement médical), 204.
Globe de l'œil (traitement des plaies pénétrantes du), 348.
Myopie (traitement opératoire de la), 21.
Nerf optique (traitement de l'atrophie du) par les injections sous-cutanées de spermime de Pohl, 488.
Oculaire (dionine dans la pratique), 204. — (hétol dans les affections), 817. — (le protargol et le cuprol dans les affections), 601.
Oculistique (abus de l'atropine en), 276. — (extrait de capsules surrénales en), 349, 853.
Oeil (action malfaisante du podophyllin sur l') par contact direct, 541. — (conduite à tenir en face des affections sympathiques de l') 851.
Ophtalmie blennorrhagique des nouveaux-nés (permanganate de potasse dans l'), 458.
Ophtalmologie (emploi du jéquirite en), 672.
Ophtalmologique (la dionine dans la pratique), 601.
Ptérygion (traitement par le massage, 276.
Suppurations de l'œil (traitement par les crayons d'iodoforme), 673.
Thérapeutique oculaire (iodipine en), 275.
Trachome (phénol dans le traitement du), 852. — (traitement), 673. — (traitement par l'ichtargan, 600. — par l'ichtyol, 488.
Zona ophtalmique (traitement. Utilité des injections de dionine. 348.

Maladies vénériennes.
Maladies de la peau.

Acné nécrotique (traitement), 672. — profondes (traitement), 277. — rosacea (les fanghi di Sclafani, remède de l'), 172. — (traitement), 317.
Affections cutanées (utilisation de deux dérivés du pyrogallol : lénigallol et eugallol), 279.
Alopecia areata (phosphore dans le traitement de l'), 819.
Altérations unguéales (traitement des) par la cautérisation ignée, 171.
Appareil photothérapique, 336.
Arthrites blennorragiques (acide picrique dans les), 172.
Articulations (diagnostic et traitement des affections gonorrhéiques des), 206.
Brûlures (permanganate de potasse dans les), 708. — (pommade contre les), 427.
Bubons (argent colloïdal de Crédé dans le traitement des), 206. — (traitement du), 493.
Chancre mou (traitement par l'effluve électrique, 61. — par le froid), 707. — rectal et génital (traitement antiseptique), 708.
Chéloides (traitement des), 856.
Colles (les), 818.
Cuir chevelu (maladies du), 613.
Dermatoses (dérivés de l'aldéhyde formique dans le traitement de diverses), 747. — (leur pathologie générale), 721. — (méthode exfoliante dans le traitement des), 354. — non parasitaires (traitement par le triacétate de pyrogallol), 748.
Eaux sulfureuses (utilité de l'association d'un traitement par les frictions mercurielles et d'un traitement par les), 492.
Eczéma chronique (traitement), 242. — humides (levure de bière dans le traitement de l'érysipèle et des), 21. — (naftalan dans le traitement de l'), 780. — prurigineux (pathogénie et traitement), 425.
Eléphantiasis (calomel dans l'), 709. — de la jambe traitée par la pression élastique et le massage, 95.
Engelures (traitement), 242.
Epithéliomas cutanés (traitement), 95. — du visage, 95.

Erysipèle et eczémas humides (levure de bière dans le traitement de l'), 21.
Exanthèmes (photothérapie dans le traitement des), 671.
Excipients dans la thérapeutique dermatologique. Leur importance, 318.
Folliculites superficielles (traitement), 671.
Furoncle (traitement), 531.
Furonculose (traitement), 60. — chronique (régime végétarien dans la), 820.
Gale (traitement de la), 489.
Gingivite pseudo-syphilitique, 61.
Injections de calomel, 253 et 289. — mercurielles, 303, 409, 442, 638, 694, 708, 735, 805.
Intoxication hydrargyrique grave, consécutive à l'emploi d'injections de salicylate de mercure, 353.
Lèpre (emploi du cacodylate de soude dans la), 134. — (huile de chaulmoogra dans le traitement de la), 819.
Lupus des muqueuses (conditions mécaniques créant une prédisposition au), 491. — érythémateux, 387. — érythémateux (épithélioma compliquant un traitement par le grattage et les rayons), 491. — ordinaire et abcès tuberculeux (le péroxyde d'hydrogène dans le traitement du), 242. — (procédé Finsen dans le traitement du), 22. — (traitement du) par la photothérapie, 46. — (traitement médical), 491. — tuberculeux et érythémateux (traitement, 793. — vulguaire traité par l'urée pure et la photothérapie, 490.
Méthode exfoliante, 855.
Onguent hydrargyrique colloïdal, 96. — mercuriel modifié, 173.
Organes génitaux externes (sozoiodolate de soude dans les affections des), 24.
Pansement simple en dermatologie, 636.
Paraplégie spasmodique syphilitique (inconvénients du traitement mercuriel intensif dans la), 280.
Pates (les), 317. — médicamenteuses, 426.
Peau (électrothérapie de la), 22. — (principes généraux à suivre dans le traitement des maladies de la), 204.
Pelade (traitement), 133.
Périfolliculites (traitement), 671.
Phagédénisme tertiaire, 352.
Pityriasis capitis avec ou sans eczéma séborrhéique (traitement), 637,
Pommade (les bâtons de), 746.
Prurits (bromocol dans le), 819. — (traitement), 58.
Psoriasis (étiologie et traitement), 325. — (traitement), 173, 779.
Pustule maligne (traitement), 83.
Séborrhée grasse du visage (traitement), 317.
Sycosis (traitement), 530.
Syphilis (benzoate de mercure en injections dans la), 45. — (cure thermales sulfureuses dans la), 670. — (importance de l'hydrothérapie dans le traitement de la), 385. — (les injections mercurielles dans la), 1. — (le lactate de mercure dans la), 426. — (modes d'utilisation des eaux minérales sulfureuses dans la), 242. — thérapie (état actuel), 135. — (traitement), 685. — (mercuriel général), 492. — (par le cacodylate iodo-mercurique), 779. — (par l'hermophényl), 708. — (par les injections, 779). — (par les injections hydrargyriques), 120. — (par les injections intra-musculaires d'hermophényl), 385. — (par les injections intraveineuses de sublimé), 243. — (aux eaux sulfureuses (traitement), 352.
Syphilitiques soumis au traitement (modifications du sang chez les), 670.
Teigne (traitement), 60.
Ulcères chroniques de la jambe (traitement), 205. — de jambe (traitement), 387, 819. — (traitement par la méthode de Unna, 279. — (massage des), 319. — serpigineux de la plante du pied guéri par l'électrolyse et la galvano-cautérisation, 279. — récidivants de la jambe (traitement), 280. — variqueux des jambes (traitement simple), 856.
Xanthélasma (traitement électrolytique, 531.

Maladies des voies urinaires

Albuminuries fonctionnelles (Traitement chirurgical), 174.
Anti-blennorrhagique. Le rhodanate de quinoline et bismuth comme), 98.
Antiseptiques urinaires, 61.
Arthrite blennorrhagique (traitement), 460.
Bassin (déchirures extra-péritonéales de la vessie, consécutives aux fractures du), 749.
Blennorrhagie (traitement abortif), 388. — aiguë (Albargine dans le traitement de la), 709. — antérieure aiguë et subaiguë (traitement par des injections de sels d'argent, 748. — (par l'ichtargan), 243. — (lavage de l'urèthre dans la), 709. — Quand peut-on la considérer comme guérie? 244. — (traitement), 244. — traitées par la méthode de Janet. Statistique de 1077, 674. — uréthrale chez l'homme et son traitement, 505.
Calculs vésicaux et vésico-urétraux, 388.
Cystite (traitement), 206.
Ectopie testiculaire (greffes et transplantations du testicule: Application au traitement de l'), 749.
Epididyme et testicule (traitement de la tuberculose de l') 820.

Epididymite blennorrhagique, 495. — et orchites blennorrhagiques (le gaïacol dans le traitement des, 749.
Gonorrhée (Thérapeutique de la), 495.
Hématurie. Etiologie, 174.
Hydrocèle. Guérison radicale par de faibles injections d'acide phénique, 496. — (traitement de l'), 25.
Hydronéphrose intermittente (ablation d'un rein pour une), 820.
Hypertrophie prostatique (Extirpation complète de la prostate dans l'), 640.
Incontinences d'urine (traitement des) par les injections épidurales, 24.
Infection vésicale. Recherches bactériologiques, 387.
Infiltration d'urine (traitement), 62.
Lithiase rénale (traitement, 782.
Mal de Bright chronique (traitement chirurgical, 497, 710. — (étiologie et traitement), 207. (traitement chirurgical, 497.
Néphrite chronique (alimentation et traitement dans la), 711.
Néphrotomie partielle, 244.
Pelvis (périnéotomie prévésicale dans les ruptures de l'urèthre par fracture du), 62.
Phimosis (opération du) par le galvanocautère, 62.
Prostate (ablation des trois lobes de la) par la cystotomie sus-pubienne, 493. — Cystotomie sus-pubienne dans les opérations faites sur la), 207. — hypertrophiée (ablation de la), 494. — (ligature des artères iliaques internes et l'hypertrophie de la), 782. — hypertrophie de la (de la prostatopexie sub-périnéale ou luxation de la prostate hors de sa loge comme traitement de l'), 749. — (traitement opératoire de l'hypertrophie, 494. — et vessie des vieillards, 857.
Prostatectomie, 675. — périnéale, 856. — périnéale médiane (ablation totale de la glande), 494. — sus-pubienne, 495.
Prostatiques méconnus (les), 137.
Pubis gauche (subluxation du) et rupture totale de l'urètre membraneux, 388.
Pyélite aiguë de l'enfance (symptômes et traitement), 496.
Pyonéphrose (déchirure de la veine cave inférieure au cours d'une néphrectomie pour volumineuse et vieille). Ligature, 461.
Rein flottant (diagnostic et traitement, 710. — (kyste hydatique du), 461. — (diagnostic des calculs du) par la radiographie, 858. — (kyste hydatique du) traité par l'extirpation avec néphrectomie partielle, 461. — (massage du), 138 (résultats de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du), 64.
Rétrécissements (traitement des), 73.
Spermatorrhée (traitement électrique de la), 24.
Taille vésicale chez l'enfant (manuel opératoire de la taille sus-pubienne, 63.
Tension rénale (traitement chirurgical), 64.
Testicule (méthode rationnelle de castration dans les tumeurs malignes du), 781, 857. — (traitement des affections des) et de leurs annexes, 857. — tuberculeux (chirurgie du), 98.
Tuberculose de la vessie et de la prostate (traitement, 674. — vésicale (la haute taille dans la), 820.
Urémie néphrétique (traitement), 821.
Uretère (chirurgie de l'), 496. — (Cathétérisme de l') et radiographie, 461.
Urèthre double, 137. — (section du périnée dans le rétrécissement de l'), 459. — (suites éloignées de l'intervention chirurgicale dans (systotomie sus-pubienne dans les rétrécissements compliqués de l'), 857.
les déchirures traumatiques de l'), 136. — (traitement électrolytique des rétrécissements blennorragiques de l'), 175. — (urétrotomie interne et externe dans les rétrécissements de l'), 639.
Uréthrotomie externe, 63. — interne et nouvel urétrotome, 459.
Urinaire (action antiseptique) de l'urotropine, 748.
Urologie (application de l') à la clinique. L'acide urique. Traitement et régime des goutteux, 37.
Urologique (adrénaline dans la pratique), 858.
Varicocèle (traitement radical), 675.
Vessie (hernie inguinale de la), 781. — (inversion complète de la), 493. — (rupture intrapéritonéale de la), 673. — (syphilis de la), 388.
Voies urinaires (emploi thérapeutique de l'adrénaline dans les), 858.

Gynécologie et Obstétrique

Accouchement (moment opportun pour pratiquer l'expression utérine après l'), 67. — (traitement chirurgical des ruptures de l'utérus pendant l'), 501.
Affections puerpérales (sérothérapie des), 208.
Annexites (traitement), 784.
Avortements et accouchements prématurés répétés (traitement), 282. — provoqué, 566.
Carcinome récidivé après une hystérectomie vaginale totale (extirpation abdominale d'un), 101.
Colpeurynter à mercure et à air (massage au colpeurynter), 66.
Convulsions puerpérales (apomorphine dans les), 712.

Cystocèle (rôle plastique de l'utérus dans les opérations pour), 499.
Douleurs d'origine annexielle (traitement par l'électrothérapie), 534.
Dysménorrhée intermenstruelle traitée par l'oophorectomie), 785. — (traitement de la), 138, 564.
Eclampsie puerpérale. 500, 677. — (traitement), 535, 209, 604. — de l'accès par le massage, 677. — par la méthode de Stroganoff, 566.
Electricité dans les maladies de femme, 281.
Exsudats pelviens chroniques (traitement des), 27.
Fibromes utérins (action hémostatique de la kinésithérapie dans le traitement des), 100. — compliquant la grossesse (traitement), 428.
Fibromyomes compliqués de grossesse (conduite à tenir), 565. — internes (traitement chirurgical), 751. — utérins (hystérectomie abdominale totale pour), 858. — (traitement par le courant galvanique), 603.
Fièvre puerpérale (l'ergotine, médicament prophylactique et spécifique de la), 176.
Fistules vésico-vaginales difficiles à opérer (Méthode plastique pour les fermer, à l'aide de l'utérus), 245. — (traitement des), 26.
Grossesses avancées avec tumeurs abdominales (conduite à suivre), 676. — (électricité dans l'interruption de la), 676. — (indications à l'interruption de la), 604. — extra-utérine (diagnostic et indications thérapeutiques), 859. — (laparatomie dans la), 678. — (extra-utérines prises pour des appendicites), 750. extra-utérine rompue (conduite à tenir), 534.
Gynécologie (chlorhydrate d'héroïne en) 281. — (emploi de la photothérapie en), 711, 785.
Gynécologique (dionine dans la pratique), 565. — (traitement médical de différentes affections), 462.
Hémorragies par rupture de la trompe utérine gravide), 175. — utérines (la stypticine dans les), 208. — utérine (technique du Pr Bergonié pour le traitement du symptôme), 281.
Hydrométrie sénile, 535.
Hystérectomie totale vaginale et abdominale (incision médiane de l'utérus dans l'), 389.
Inertie utérine (injections hypodermiques d'ergotine dans l'.), 676.
Infection puerpérale traitée par le sérum antistreptococcique), 208.
Injections intra-utérines dans les affections des annexes, 603. — dans les affections gynécologiques, 603.
Intra-utérin (traitement), 100.
Ligaments ronds (raccourcissement intra-abdominal des) par la voie vaginale, 498. — (ventrofixation de l'utérus au moyen des), 499.
Métrites chroniques (traitement), 65. — gonococcique (emploi du protargol dans le traitement de la), 390.
Métrophlébite puerpérale (traitement), 604.
Métrorrhagies (la térébenthine dans les), 602.
Myxoedème, parturition et éclampsie, 711.
Ovarienne (opothérapie), 13.
Périnée (déchirures anciennes), 463.
Périnéorrhaphie (procédé de), 858.
Pessaire (son utilité), 497.
Placenta (traitement des accidents causés par l'insertion du) sur le segment inférieur de l'utérus, 500.
Prolapsus du rectum, de l'utérus et du vagin (traitement chirurgical), 247. — utérin (traitement opératoire), 280.
Prurit vulvaire (traitement), 66, 355.
Rétrodéviations de l'utérus (traitement non opératoire), 497. — utérines, 462.
Rétroversion (traitement chirurgical des ligaments utéro-sacrés dans la), 498. — (traitement par le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés), 500.
Septicémie post puerpérale (abcès de fixation dans le traitement de la), 859.
Stérilité guérie par le traitement de Brandt, 750.
Symphysectomie (technique et indications), 677.
Travail (conduite à tenir dans les ruptures de l'utérus pendant la), 566.
Trompes (est-il permis de masser dans les affections des), 175.
Troubles menstruels d'origine utéro-ovarienne (traitement médical des), 27.
Tumeurs purulentes des annexes (pyosalpin, ovarite suppurée) et leurs résultats éloignés (traitement conservateur par les méthodes d'incision vaginale), 245.
Utérines (vapeurs saturées, dans le traitement des affections), 461.
Utérus (cancer de l') opération de Wertheim, 532. — panhystérectomie, 428. — résultats d'une 3e série de trente opérations, 533. — traitement chirurgical, 532. — inopérable traitement par l'administration locale d'arsenic, 786. — par le carbure de calcium, 176. — et vagin emploi du pessaire dans le prolapsus de l'), 139. — et vagin traitement du cancer inopérable de l') par les pulvérisasations de chlorure d'éthyle, 389. — fibromes, (traitement chirurgical), 533. — Fibromyomes (myomectomie. Sa place dans le traitement des), 534. — (incision médiane de l') son utilité dans les procédés opératoire, 138. — (opération d Alexander dans les rétroversions mobiles de l'), 427. — (opération d'Al-

guié-Alexander-Adam dans les rétrodéplacements et les prolapsus de l'), 101. — (suspension de l'), 499. — (traitement des épithéliomas de l'), 100. — (Ventrofixation de l') au moyen des ligaments ronds, 354.
Vaginisme (traitement à l'aide du colpeurynter), 66.
Vapeur en gynécologie (applications), 564.
Vomissements incoercibles de la grossesse (hypnose dans les), 28. — (Nouveau traitement), 463.

Pédiatrie

Affections intestinales des nourrissons (la bismuthose dans les), 391.
Allaitement (différents modes), 336.
Arthrite tuberculeuse des enfants (traitement par la chaleur irradiée), 879.
Barlow (maladie de) ou scorbut infantile, 757.
Constipation chez les jeunes enfants (traitement), 679.
Convulsions chez l'enfant, 102, 391. — (traitement), 821.
Coqueluche (les inhalations dans la), 605.—(prophylaxie et traitement de la), 29. traitée par l'ozone, 606. 605. — (traitement par les inhalations d'ozone), 679. — par la quinine), 821.—par le sérum antidiphtérique), 606.
Croup (comparaison entre la trachéotomie et l'intubation dans le traitement du), 210.
Diarrhée épidémique chez un enfant traité par l'irrigation de l'intestin, 210. — estivale des enfants (traitement), 641. — infantile (la bismuthose dans la), 643.
Dysenterie aiguë des enfants (traitement de la) par les lavements d'eau oxygénée), 28.
Enfants (médication cacodylique chez les), 209.
Entérite saisonnière infantile (traitement de l'), 28.
Goitre exophtalmique chez un enfant de 4 ans et demi, 30.
Insomnie chez l'enfant, 30.
Intertrigo des nourrissons (poudre de lanoforme dans le traitement de l'), 31.
Invagination intestinale chez l'enfant (traitement opératoire), 642.
Lait stérilisé (méfaits du), 304.
Maladies infantiles (purgatol dans les), 822.
Mélæna des nouveaux-nés (injection sous-cutanée de gélatine), 247.
Méningite cérébro-spinale des enfants (bains chauds dans la), 247. — suppurée à colibacille (guérison), 860.
Muguet des enfants (traitement par les cautérisations au nitrate d'argent), 247.
Noma chez les enfants (traitement), 248.
Otite moyenne purulente chronique des enfants (traitement par la méthode de Libby), 189.
Pediatrie (valeur thérapeutique de l'aspirine en), 103.
Pneumonie franche chez l'enfant, 29. — lobaire chez les jeunes enfants (traitement de la), 751.
Pyélite chez les enfants (traitement), 678.
Rachitisme (traitement du), 31.
Therapeutique infantile (indications et contre-indications de la caféine), 640.
Tuberculoses infantiles (les phosphates calciques et le thiocol dans les), 210.
Tumeurs vasculaires chez les enfants (traitement), 678.
Vomissements avec acétonémie chez les enfants 28.

Pharmacologie.

Agents physiques et mécaniques.

Acétanilide comme agent d'intoxication, 501.
Acétopyrine (valeur thérapeutique), 788.
Acide acétique (alcool rectifié par l') dans le traitement des plaies opératoires, 523. — cacodylique (traitement par l'), 569. — carbonique, (action de l') sur la digestion stomacale, 741. — chlorhydrique (traitement de la diarrhée chronique spécialement par l'), 223. — cinnamique (traitement de la tuberculose par l'), 54. — paramidobenzoïque (emploi de l'éther de l'), 429. — phénique (guérison radicale de l'hydrocèle par de faibles injections d'), 496. — phénique (tétanos guéri par des injections d'), 84. — (traitement de l'angine scarlatineuse par des injections locales parenchymateuses d'), 668. — (traitement du charbon par les injections sous-cutanées d'), 157. — picrique dans les arthrites blennorrhagiques, 172. — dans la petite vérole, 48. — salicylique et salicylate de soude (traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'), 738. — (son emploi, 248. — urique (nouveaux médicaments le dissolvant, 429.
Acoïne (nouvel analgésique local presque exempt de toxicité, 78.
Aconit (digitale et) dans le traitement des cardiopathies, 705.
Adrénaline, 566. — (action physiologique et emploi thérapeutique), 752. — dans la pratique urologique, 858. — en oto-rhino-laryngologie, 58. — (traitement de l'hémoptysie par l'), 848.
Agurine, 787. — (étude clinique, 608. — (observations cliniques, 140.
Air chaud (appareils à) et traitement par l'air chaud, 357, 825.
Airol, 212. — (son emploi), 141.

Albargine dans le traitement de la blennorrhagie aiguë, 709.
Albuminoïdes bromés (traitement des affections nerveuses par les), 91.
Alcalins (emploi des) contre la douleur, 824.
Alcaloïdes de l'opium, morphine, héroïne, dionine, cure de démorphinisation, 109.
Alcool (action de l') sur les échanges nutritifs chez l'homme, 86.
Aldéhyde formique (dérivés de l') dans le traitement de diverses dermatoses, 747.
Ampoules auto-injectables, 861.
Amyloforme, 715. — (son emploi), 212. — (sa valeur thérapeutique comme succédané de l'iodoforme, 715.
Anesthésine, 834.
Anilide de l'acide métaarsénique, 321.
Antiarine (son action sur le cœur), 347.
Antihelmintiques (comparaison entre l'activité de divers), 607.
Antipyrine (fièvre cérébro-spinale traitée par l'), 563.
Antithermiques analgésiques, 139.
Apomorphine, 211. — comme calmant et hypnonotique, 667. — dans les convulsions puerpérales, 712.
Applications thermiques de température invariable (action thérapeutique), 393.
Argent colloïdal de Credé dans le traitement des bubons, 206.
Arrhénal, 713. — contre le paludisme (résultats, 442. — (méthylarsinate de soude ou), 192. — (migraine traitée par l'), 436, 696. — (traitement spécifique très puissant des fièvres paludéennes, 149.
Arrhénique (traitement des fièvres palustres en Algérie, 699.
Arsenic dans le traitement de la chorée, 815. — (empoisonnement par l'emploi thérapeutique de l'), 413. — (traitement du cancer de l'utérus inopérable par l'administration locale d'), 786. — (de la phtisie par les injections sous-cutanées d'), 743. — (utilisation thérapeutique du cacodylate de soude et emploi de l') en injections intra-veineuses, 320.
Aspirine dans la fièvre des tuberculeux, 13. — dans les pleurésies exudatives, 381. — dans le rhumatisme articulaire, 159. — en pédiatrie (valeur thérapeutique de l'), 103. — (nouvelles communications concernant l'). 393.
Atropine en oculistique (abus de l'), 276. — traitement de l'étranglement intestinal par des injections sous-cutanées d'), 666. — (traitement de l'iléus par l'), 129, 239, — (traitement de l'obstruction intestinale par les injections d'), 19.
Bains d'acide carbonique, 825. — d'eaux-mères avec acide carbonique, préparés à la Riviera au moyen de l'eau de la Méditerranée, 141. — iodés (valeur thérapeutique et indications), 825.
Belladone (traitement par la morphine de l'empoisonnement par la), 269.
Benzoate de mercure, 285. — en injections dans la syphilis, 45. — (nouvelle formule de solution injectable de), 95. — (solutions injectables de), 14.
Bibromhydrate de quinine (traitement de la fièvre paludéenne de forme chronique par les injections de), 234.
Bismuthose dans les affections intestinales des nourrissons, 391. — dans la diarrhée infantile, 643. — (valeur pratique de la), 103.
Bleu de méthylène dans le traitement des pleurésies avec épanchement séreux 562. — (traitement de l'angine de Vincent par le), 89.
Bromhydrate d'hyoscine dans certains tremblements (action du), 122. — dans le traitement du délire alcoolique, 707.
Densimètre, 735.
Hydrothérapie, (domaine des indications de l'), 643.
Lumière électrique (son action thérapeutiqne, 643.
Mer (valeur thérapeutique du séjour au bord de la), 644.
Thermoplasme électrique, 145.
Bromocol dans le prurit, 819. — nouveau médicament bromé dans le traitement de l'épilepsie, 166.
Bromure d'éthyle dans les opérations pour végétations adénoïdes, 453.
Cacodylate de soude, 68. — (son emploi dans la lèpre, 134. — (utilisation thérapeutique du) et emploi de l'arsenicen injections intraveineuses, 320. — iodo-mercurique (traitement de la syphilis par le) 779.
Cacodylique (médication chez les enfants, 209.
Cactus grandiflorus (action de l'extrait fluide de) 568.
Caféine (injection de) comme auxiliaire de la saignée, 695. — ses indications et contre-indications en thérapeutique infantile, 640.
Calomel dans l'éléphantiasis, 709. — (injections de), 253 et 289. — Sa valeur thérapeutique dans la grippe, 194.
Camphre (emploi du), 32. — mentholé dans les maladies de la gorge et du nez, 202. — Son emploi dans la cure de démorphinisation, 519.
Cannabis indica dans la chorée et la coqueluche, 706.
Capsules surrénales dans les hémorragies gastro-intestinales (extrait de), 239. — dans la pratique oto-rhino-laryngologique, 457. — en oculistique (extrait de), 349. — comme hémostatique dans l'hémophilie, 343. — comme

hémostatique dans les hémoptysies tuberculeuses, 848. — en oculistique, 853. — en rhinolaryngologie, 133. — (traitement de la maladie d'Addison par les injections de suc de), 469.
Carbonate de créosote dans la pneumonie, 200. — 311.
Carbure de calcium (traitement du cancer de l'utérus par le), 176.
Chiéline (la), 607.
Chlorhydrate d'héroïne en applications locales, 93. — en gynécologie, 281.
Chloroforme (accidents que peut produire le) employé pour obtenir l'anesthésie chirurgicale, 17.
Chlorure de calcium (action hémostatique des injections intra-veineuses de), 814. — traitement de l'hémophilie par le, 444. — d'éthyle (anesthésie générale par le), 741. — (narcose générale au), 89. — anesthésique général, 305. — (traitement du cancer inopérable de l'utérus et du vagin par les pulvérisations de), 389.
Chlorotone (la), 211.
Cinnamate de soude (traitement de la tuberculose pulmonaire par le), 847.
Cocaine (analgésie par les injections intra-rachidiennes de), 161. — (anesthésie locale à la), 378. — (anesthésie par les injections de) en ophtalmologie, 169. — et morphine (antagonisme de la) au point de vue de la nutrition générale et dans le traitement du morphinisme, 840. — (injections intra-rachidiennes de), 16.
Codéine (Propriétés pharmacologiques de l'héroïne et de la), 680.
Colchicine (empoisonnement par la), 121.
Colles (les), 818.
Comprimés médicamenteux, 69.
Coton et gaze hydrophiles (formes pharmaceutiques pratiques de), 392.
Créosote (préparation des pilules de), 392.
Cryogénine dans la fièvre des tuberculeux, 847.
Cuprol et protargol dans les affections oculaires. 601. — nouveau remède pour le traitement des inflammations de la conjonctive, 349.
Densimètre, 735.
Diéthylamide de l'acide valérianique (nouvelle préparation à base de valériane, 31.
Digitale (action exercée sur les vaisseaux par les médicaments du groupe de la), 706. — et aconit dans le traitement des cardiopathies, 705. — (indications de la) dans les maladies du cœur, 562.
Digitoxine (effets therapeutiques de la) dans les myocardites, 275.
Dionine, 788. — dans la pratique gynécologique, 564. — dans la pratique oculaire, 204. — dans la pratique ophtalmologique, 601. — nouvel analgésique local, 78. — (traitemen du zona ophtalmique. Utilité des injectionst de), 348.
Dormiol dans le traitement des maladies mentales, 528. — (recherches cliniques sur l'action hypnotique du), 103.
Dymal (le), 141. — en chirurgie, 379.
Eau ferrugineuses naturelles (nouvelles expériences biologiques concernant les), 106. — froide comme agent curatif, 32. — oxygénée, 735. — comme épilatoire, 695. — en chirurgie, 741. — (les lavages intestinaux à l'), 89. — (les applications thérapeutiques, 753.
Ecorces d'oranges amères ; sirop, 536.
Electrodes en fer (nouvelles expériences les concernant, 178.
Erésine dans les affections de la cornée, 459.
Ergotine en injections hypodermiques dans l'inertie utérine, 676. — médicament prophylactique et spécifique de la fièvre puerpérale, 176.
Ether de l'acide parami dobenzoïq ue (anesthé sie locale obtenue par l'emploi de l'), 378.
Eucaine B. (anesthésie locale à l'), 378.
Eugallol (utilisation dans le traitement des affections cutanées, de deux dérivés du pyrogallol, lénigallol et), 279.
Europhène (emploi de l') au lieu de l'iodoforme dans les affections du naso-pharynx et en particulier dans la laryngite tuberculeuse.
Fanghi di Sclafani, remède de l'acné rosacea. 172.
Férissol dans la thérapie pulmonaire, 312.
Franklinisation (effets curatifs de la), 32.
Gaiacol à l'extérieur (traitement de la tuberculose pulmonaire par le), 704. — dans le traitement des épididymites et orchites blennorhagiques. 749.
Gélatine comme hémostatique dans les hémoptysies, 848. — de commerce (présence de bacilles tétaniques dans la), 212. — (influence des solutions de) sur la coagulation du sang 464. — (injection sous-cutanée de) dans le mélœna des nouveaux-nés, 247. — (tétanos consécutif à des injections de), 249, 571. — (thérapeutique alimentaire de la glycosurie, de l'albuminurie et des hémorragies par la), 339. — (traitement des anévrismes par des injections sous-cutanées de), 744.
Glandes surrénales (dangers des préparations de), 825. — (emploi nouveau), 536.
Glycérophosphate de chaux (essai et dosage des granules pharmaceutiques à base de), 464.
Glycogène (le) tonique et antiseptique précieux), 104,
Glycosolvol, 393.
Gymnastique dans le bain, 105.

Hamamelis virginica et teinture d'hydrastis Canadensis (incompatibilité de la teinture d'), 320.
Hédonal (l'), 357, 681. — hypnotique nouveau, 140. — nouvelle communication, 428. — son action dans les névroses traumatiques, 168.
Hermophényl, 606. — antiseptique et antisyphilitique, 283. — (traitement de la syphilis par l'). 708. — par les injections intra-musculaires d'), 385.
Héroine, 714. — (emploi thérapeutique, 68. — et codéine (propriétés pharmacologiques), 680. — (les dangers dans la démorphinisation), 304. — (sa valeur thérapeutique, 355.
Hétol dans les affections oculaires, 817. — dans la tuberculose, 267.
Huile de chaulmoogra dans le traitement de la lèpre, 819. — iodées et bromées, 266. — phosphorée (manière d'obtenir des solutions stables d') et d'autres huiles médicamenteuses, 31.
Hydrastis canadensis (incompatibilité de la teinture d'Hamamelis Virginica avec la teinture d'), 320.
Hydrogène sulfurée (intoxication par l') chez un malade atteint de scabiès et traité par l'application d'une pommade soufrée, 268.
Hydrothérapie (domaine des indications de l'), 643.
Hypnopyrine (action thérapeutique), 478.
Ichtargan (traitement de la blennorrhagie par l'), 213. — (de la conjonctivite granuleuse par l'), 168. — (du trachome par l'), 600.
Ichthyol dans les affections de la cornée, 817. — (traitement du trachome par l'), 488.
Injections argyriques intra-veineuses (endocardite septique guérie par des), 596. — sous-cutanées alimentaires, 789.
Iode à l'état naissant (cure de la tuberculose pulmonaire par l'), 130. — meilleure méthode d'emploi hypodermique, 501. — par voie buccale et en injections hypodermiques dans le traitement de la fièvre typhoïde, 84. — (teinture d'), dans l'érysipèle, 551. — (traitement de l'amygdalite aiguë par l'application locale de teinture d'), 54.
Iodipine, 787. — (actinomycose de la joue guéri par des injections d'), 157. — en thérapeutique oculaire, 275.
Iodoforme (traitement des suppurations de l'œil par les crayons d'), 673.
Iodolène (valeur thérapeutique, 248.
Iodothyrine (expériences faites avec l'), 788. — et courants continus dans la maladie de Raynaud (action comparée de l'), 816.
Iodure de potassium (action de l') en cas de régime pauvre en chlorure de sodium, 520. — de potassium dans les coliques hépatiques. 239.
Iodurée (pratique de la médication). 569.
Ipéca 607. (emploi des alcaloïdes de l'), 712.
Izal dans le traitement de la phtisie, 131.
Japaconitine (pseudaconitine et) leur action thérapeutique, 824.
Jéquiriti en ophtalmologie (emploi du), 672.
Lactate de mercure dans le traitement de la syphilis. 426.
Lactophénine (la), 714.
Lanoforme (poudre de) dans le traitement de l'intertrigo des nourrissons, 31.
Lanoline paraffinée (suppositoires nouveaux à base de), 177.
Lavements d'eau oxygénée (traitement de la dysenterie aiguë des enfants par les), 28. — électrique (indications et contre-indications), 716.
Lécithine dans la tuberculose, 420. — (emploi de la), 68. — La valeur thérapeutique, 322.
Lénigallol (utilisation dans le traitement des affections cutanées de deux dérivés du pyrogallol : eugallol et) 279.
Levure de bière dans le traitement de l'érysipèle et des eczémas humides, 21. — de bière et levurine dans la peste bubonique, 234. — Etude clinique et thérapeutique, 713.
Lumière électrique, (son ation thérapepeutique), 643.
Lygosinate de quinine (le), 392.
Lysol dans le cancer au début, 267.
Lysoforme, nouveau désinfectant, 501.
Massage sous l'eau, 571.
Médicamenteux (antagonisme), 13.
Médication kératinisée, 860.
Menthorol (paracholophénol) dans le traitement de la tuberculose des voies aériennes supérieures, 93.
Mer. — (Valeur thérapeutique du séjour au bord de la), 644.
Mercure (rapports existant entre le tabès et le traitement par le), 92.
Mercurielles (injections), dans le traitement de la syphilis. 1. — (traitement des myélites syphililiques par l'introduction de solutions) dans le canal rachidien, 241.
Mésotan, 753.
Morphine (antagonisme de la cocaïne et de la) au point de vue de la nutrition générale et dans le traitement du morphinisme, 840. — (Emploi de la) dans l'urémie, 840. — (traitement par la) de l'empoisonnement par la belladone, 269.
Naftalan, 320. — dans le traitement de l'eczéma, 780. — de l'eczéma vestibulaire du nez, 599.
Nitrate d'argent (traitement de l'asthme par des injections au), 633. — (du muguet des enfants par les cautérisations au), 247. — et

nitrite de potassium dans l'augmentation chronique de la pression artérielle, 313.
Nucléinate de fer. Nouvelle médication martiale, 429
Onguent hydrargyrique colloïdal, 96.
Opium (administration de l') dans les affections cardiaques et dans l'intoxication saturnine, 450.
Opocérébrine de Pel (traitement de l'épilepsie par l'), 850.
Opothérapie ovarienne, 13.
Orthoforme dans le diagnostic différentiel des affections douloureuses de l'estomac, 309.
Os carbonisés remplaçant l'iodoforme, 284.
Oxygène (bronchorrhée fétide traitée par les inhalations d') prolongées, 311. — (injections intra-veineuses d') chez l'homme, 786. — sous presssion dans le traitement des otites, 203.
Ozone dans le traitement de la coqueluche, 606. —(traitement par les inhalations d'), 679.
Parachlorophénol et menthorol dans le traitement de la tuberculose des voies aériennes supérieures, 93.
Paraffine en injections sous-cutanées dans les difformités du nez, 419. — (prothèses sous-cutanées et sous muqueuses à la), 165. — solide (prothèse à la), 447. — (usage de la) comme moyenprothétique, 703.
Pentanitrate de mannitol (action pharmacologique du), 825.
Permanganate de potasse dans les brûlures, 708. — dans l'ophtalmie blennorrhagique des nouveaux-nés, 458.
Péronine. Son action cardio-vasculaire, 231.
Peroxyde d'hydrogène dans le traitement du lupus ordinaire et de l'abcès tuberculeux, 242.
Phénate de soude (angine diphtérique guérie par les douches locales au), 155.
Phénol dans le traitement du trachome, 852.
Phosphates calciques et thiocol dans les tuberculoses infantiles, 210.
Phosphore dans le traitement de l'alopecia areata, 819.
Photothérapie, 33, 141, 285, (résultats obtenus jusqu'ici avec la), 357.
Pilocarpine (traitement de la diphtérie par l'antitoxine et la), 518.
Podophyllin (action malfaisante du) sur l'œil par contact direct, 541.
Protargol (le), 211. — dans le traitement de la métrite gonococcique, 390. — de la blennorrhagie par le), 97. —et cuprol dans les affections oculaires, 601.
Pseudaconitine et japaconitine (leur action thérapeutique et pharmaceutique), 824.
Purgatifs hypodermiques, 822. — synthétiques phénolphtaléine, 823.
Purgatine et l'émodine, 357. — (purgatif nouveau), 612.
Purgatol dans les maladies infantiles, 822.
Puro (le) dans le régime des malades, 105.
Pyramidon, 680.
Pyrogallol (traitement des dermatoses non parasitaires par le triacétate de), 748.
Quinine (administration de la) par les injections, 465. — dans la fièvre typhoïde, 629. — (prophylaxie de la fièvre palustre par la), 630. — (traitement de la coqueluche par la), 821.
Radiothérapie (essais de), 178.
Rhodanate de quinoline et bismuth comme antiblennorrhagique, 98.
Saignée (la), 177. — (Emploi thérapeutique de la) 105.
Salicilate de mercure (intoxication hydrargyrique grave, consécutive à l'emploi d'injections, 253. — de soude (action inverse du) au cours du rhumatisme articulaire aigu.
Salicine (la), 211.
Saloquinine nouvelle préparation insipide à base de quinine. Son action antimalarique, 786.
Santonine contre les douleurs fulgurantes du tabès et contre les névralgies, 529.
Sels d'argent (traitement de la blennorrhagie antérieure aiguë et subaiguë par des injections de), 748. — de plomb (leur action sur l'organisme, 268. — hydrargyriques (points d'injection des), 694. — de quinine (accidents déterminés par les), 177.
Sérum de Trunecek, 570, 681. — de Trunecek (traitement de l'artériosclérose par le), 737.
Soufre dans la fièvre typhoïde, 589.
Sozoiodolate de soude dans les affections des organes génitaux externes, 24.
Sparténie (emploi de la), 274.
Spermine Pohl (traitement de l'atrophie du nerf optique, par les injections sous-cutanées de), 488.
Strychnine (intoxication par la), 413. — son emploi thérapeutique contre l'alcoolisme et l'adynamie nerveuse, 67.
Styptiicine (la), 211. — comme antiphlogistique local, 714. — dans les hémorragies utérines, 208.
Sublimé corrosif dans les affections charbonneuses, 551. — (traitement de la syphilis par les injections intra-veineuses de), 243.
Substances chimiquement incompatibles (prescription de), 715.
Sulfonal chez les aliénés, 56.
Surrénales (action des préparations), 679.
Tartrate ferrico-potassique, 535.
Térébenthine dans l'épistaxis, 203. — dans l'érisypèle, la scarlatine, la parotidite et la varicelle, 234. — dans les métrorrhagies, 602.
Tétranitrate d'érythrol, 567.

THERMOPLASME, électrique, 145.
THIOCOL (les phosphates calciques et le) dans les tuberculoses infantiles, 210.
THIOL, 249.
TRICHOPHYTINE (préparation et emploi de la), 748.
TRIONNAL dans la chorée, 316.
ULMARÈNE, 440.
URÉE dans le traitement de la tuberculose, 130.
UROSINE (traitement de la goutte par l'), 268.
UROTROPINE (action antiseptique urinaire de l'), 748.
VALÉRIANATE de gaïacol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, 847.
VENTOUSES (nouvelle méthode d'application, 536.
VERATUM viride (son action physiologique et thérapeutique, 568.
VINS vieux (faut-il préférer les), pour les convalescents et les malades, 282.
XÉROFORME (guérison d'un cas d'ulcère stomacal par le), 741.
VOHIMBINE (la), 104. — (injections sous-cutanées d'), 429.

Formulaire de thérapeutique clinique

ACIDE cacodylique : cacodylates, 33.
AIR surchauffé (applications générales et locales d'), 572.
BORATE de soude, 69.
CAFÉINE et ses sels, 142.
CARDIOPATHIES artérielles, 537.
EMÉTINE, 213.
EPILEPSIES, 502.
ETHYLE (médicaments du groupe), 681.
FOLLICULITES, 608.
FORMALDÉHYDE formol, trioxyméthylène, 717.
ICHTYOL, 754.
IODOFORME, 322.
PÉCACUANHA, 213.
MÉDICATIONS toniques, 358, 394, 430.
MÉNINGITE aiguës, 466.
MENTHOL, 862.
MERCURE (bichlorure de), 250.
PARALYSIE agitante, 645.
PÉRICARDITE aiguë, 106.
PSYCHOSES aiguë avec dépression : mélancolie et états mélancoliques, 826. — aiguës avec excitation : manie et états maniaques, 790.
VÉGÉTATIONS, 286.

Variétés et Nouvelles.

ACADÉMIE de médecine, 143.
ACCIDENTS de travail, 70
ACTES officiels, 573.
ALCOOLISME, 827.
AUTOPSIE (trouvaille), 144.
BANQUET offert au Pr Lannelongue, 35.
BLANC de céruse (décret réglementant l'emploi du) dans les travaux de peinture en bâtiment, 574.
BOUILLEURS de crû, 791.
CANCER (contagiosité du), 287.
CHAIRE de thérapeutique à la Faculté de médecine, 35.
CHIRURGIENS des hôpitaux de province (réunion des), 755.
CHOLÉRA, 609.
CLINIQUE thérapeutique (conférence de), 179.
COCHIN (nouveaux pavillons), 538.
CONGRÈS de gynécologie et d'obstétrique de Rome, 432. — égyptien de médecine (1°), 827. — internationnal de médecine (XIV°), 432, 610. — interne (français de médecine), 574. — français de médecine (VI°), 251.
COURS cliniques, 70.
CURIOSITÉS médicales (la syphilis). 359.
DÉCORATIONS, 107.
DERMATOLOGIE, 287.
DISTNICTIONS honorifiques, 573,
ENSEIGNEMENT médical libre à Paris, 538.
ESTOMAC (cours pratique sur les maladies de l'), 791.
EXAMENS (fraudes dans les), 107.
EXPOSITION de Marseille en 1903, 827.
FACULTÉ de médecine de Paris (désignation du professeur d'anatomie), 467. — libre de médecine et des hôpitaux, 503.
FIÈVRE typhoïde (la photographie comme moyen de diagnostic précoce de la), 574.
FOURNIER (hommage au professeur), 71.
GROUPE médical parlementaire, 503.
GYNÉCOLOGIE médicale, 287.
HOPITAL Necker, 791. — de la Pitié, 287, 863.
HOTEL-Dieu, 827.
INHUMATION (nouveau mode), 214.
INSTITUT Pasteur, 574. — coloniaux, 504. — de Bordeaux, 718.
INTERNAT (Centenaire de l'), 395,
MARTINIQUE (catastrophe de la) et les étudiants en médecine de Saint-Pierre, 431.
MÉDECIN et concierge, 71. — italiens et allemands (relations entre), 719.
MORTALITÉ infantile (ligue contre la), 179.
NÉCROLOGIE, 395.
NOMINATION du personnel médical de la santé (mode de), 214.
NUTRITION (maladies de la), 287.
PHARMACOLOGIE et matière médicale (jours de), 791.
PHARMACOPIES (unification des), 718.
POPULATION médicale belge et allemande, 610.
PRESSE médicale française (association de la), 468. — médicale (association internationale),

143. — médicale (conférence internationale), 324. — médicale (XIe congrès international de), 863.
Salle d'doérations à Necker no(uvelle), 538.
Société belge de chirurgie (congrès annuel de la), 574. — médicale des hôpitaux, 863.
Syndicat des médecins de la Seine, 35. — des médecins et la compagnie des tramways sud. — 683. — et secours mutuels, 611. — médicaux (les) engagent-ils leurs membres ?, 682.
Syphilis et maladies vénériennes (conférence internationale de Bruxelles contre la), 611.
Système nerveux (maladies du), 287.
Tabac (le), 359.
Thérapeutique expérimentale, 432.
Tuberculose bovine (inoculation à l'homme), 467. — (lutte contre la), 71. — dans l'usine et l'atelier, 538.
Urologie (réunion de l'association française d'), 575.
Virchow, 646.

Bibliographie

Aliénés dans les prisons, 144. — devant la justice, 215.
Annexes de l'utérus (chirugie des), 72.
Appareil générateur (traitement des maladies contagieuses de l'), 288.
Bactériologie médicale (précis de), 792.
Chirurgie infantile (aide-mémoire de), 828.
Consultations médico-chirurgicales, 864.
Cuir chevelu (maladies du), 539.
Démence précoce, 719.
Digestion (maladies de la), 396.
Dysenterie aiguë et chronique, 611.
Elecrothérapie et électrodiagnostic. Manuel, 360.
Embryologie en quelques leçons, 144.
Estomac (dilatation de l'), 539. — (pour lutter contre les maladies de l'), 108. — (traitement chirurgical du cancer de l'), 540.
Exploration médicale des organes (tableaux synoptiques d'), 72. — nouveau procédé (leçons de pathologie générale), 504.
Formulaire de médicaments nouveaux pour 1902.
Ganglion lymphatique, 648.
Gastro-enterostomie (la), 180.
Grossesse et accouchement, 863.
Guide du médecin praticien, 864.
Histologie pathologique (manuel d'), 576.
Hygiène (détermination des pouvoirs publics en matière d'), 720. — sociale, 108.
Hypnotisme expérimental et thérapeutique. 2e Congrès, 540.
Influenza (comment on se défend contre l'), 612.
Internat des hôpitaux de Paris (conférences pour l'), 288. — (conférences pour l'), 360.
Lécithine (la), 612.
Maladies infectieuses (diagnostic et traitement), 575.
Mariage (le), 72.
Médecine sociale et professionnelle (raccourcis de), 828.
Médicaments nouveaux et quelques médications nouvelles (revue des), 252.
Morphinomanie (guérison sans souffrance), 684.
Nerveuses (maladies) diagnostic traitement 396.
Ophtalmologie leçons cliniques, 216.
Oxydations de l'organisme, 396.
Plaies pénétrantes du rachis par armes blanches sans lésion de la moelle (ponctions rachidiennes accidentelles et complications des) 648.
Poumons (pour lutter contre les maladies des), 72.
Radiothérapie et photothérapie, 108.
Sang (le), 755.
Sémiologie urinaire (méthodes d'interprétation de l'analyse urologique, 288.
Syphilis. Chancre et syphilis secondaire, 504.
Térapeutique (guide formulaire de), 719. — oculaire (leçons de), 35.
Traitements (les nouveaux), 792.
Tuberculose est curable (la), 252.
Utérus, vagin et vulve) chirurgie de l'), 108.
Végétarisme (le), 468.
Vénériennes (prophylaxie des affections), 720.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

1902

A

Aberastury, 172.
Abrahams, 535.
Abrego, 279.
Acchiiti, 563.
Achard, 504.
Acker, 379.
Adler, 106.
Agatston, 445.
Aguero (J. M. de), 811.
Alba Carrəras, 707.
Albarran, 24.
Albert-Weil, 360.
Alessandri, 556.
Alexandroc, 280.
Alekseieff, 808.
Allan, 340.
Allard, 314.
Allaria, 105, 201, 236, 519.
Allen, 95.
Allingham, 417.
Alonso, 168.
Anda (Nemesio de), 49.
Anderson, 124.
Andrade (Eduardo), 21.
Anglia Whitelock, 785.
Anouffrieff, 28.
Areilza, 62.
Ariès, 612.
Arning, 60.
Artault de Vevey, 763.
Artéoga, 561.
Aubert 72, 108.
Averbach, 780.
Azcarresta, 64.

B

Baginsky, 125, 772.
Baker, 704.
Baltus, 816.
Balzer, 325.
Bagarus, 384, 489.
Bang, 141, 178.
Banklanoff, 681.
Baratoux, 453.
Barbier, 771, 806 et 837.
Barclay, 379.
Bardet, 265, 769.
Barhera, 599.
Barker, 162, 198, 340.
Barling, 341.
Barnes, 527.
Barnsby, 810.
Barraquez, 169.
Barreras, 67.
Barret, 281.
Batsch, 710.
Bass, 633.
Batriva, 858.
Baudoin, 45.
Baudouin, 383.
Baner, 84.
Baum, 412.
Bayer, 339.
Bazy, 26, 459.
Beach, 666.
Beadles, 211.
Becaseus, 532.
Beck, (C.) 305, 415.
Becmann Douglass, 599.
Behla, 267.
Behring, 432.
Béni-Barde, 27.
Bennett (W.), 164, 210.
Benoit, 364.
Beretta, 788.
Berger, 26, 413, 812, 415.
Bergmann, 194.
Bergouignan, 707.
Bergonié, 706.
Bérillon, 55, 540.
Berlioz, 792.
Bering, 707.
Bérini, 636.
Bernard, (H.) 173.
Berry, 340.
Bersaques, 164.
Berthod, 828.
Berthomier, 813.
Besançon, 103.
Beverly Campbell, 534.
Biaci, 235.
Bialobjevsky, 819.
Bichat, 741.
Bidon, 56.
Bjorksten, 91.
Blaschko, 353, 388.
Bloch, (R.) 553.
Blondel, (M.) 459.
Blumenhal, 444.
Boarman Recd, 845.
Bobroff, 272.
Bocchi, 749.
Bockhardt, 460.
Bocquillon-Limousin, 180.
Boeke, 90.
Boldt, 208.
Bolognési, 470.
Boltenstern, 519.
Bonne, 92.
Bonnet, 745.
Bordier, 635.
Borham, 702.
Bosanquet, 641.
Bosse, 155.
Bouchard, 665.
Boucher, 820.
Bouilly, 26.
Bourget, 180, 381.
Bourneville, 745.
Bouroff, 381.
Brainstein, 267.
Bralant, 100.
Bramann, (von) 375.
Brandès, 457.
Brands ford Lewis, 494.
Brandweiner, 707.
Brannan, (J. W.) 207.
Braun, 141.
Breiger, 839.
Bresset, 102.
Brettauer, 499.
Brindel, 58.
Briquet, 49.
Brissaud, 280.
Bristow, 305.
Broca, 336.
Brocq, 58.
Brouardel, 737.
Bonner, 420.
Brown, 415.
Browne, 273.
Browning, 316
Brudfinski, 391.
Brugelmann, 743.
Bruns, 213.
Brunsser, 342.
Buck (de), 240.
Bullard, 522.
Bun, 421.
Buret, 61, 288.
Burgart, 444.
Burmeister, 268.
Burton, 706.
Burwinkel, 105.
Buxbaum, 643.

C

Cahen (Albert), 45.
Caley, 341.
Callaway, 346.
Calot, 820.
Camescasse, 82, 83, 304, 802.
Campbell, 564.
Carles, 536, 482.
Carlier, 857.
Carp, 714,
Carpenter, 463.
Carrière, 594.
Carstens, 117.
Carter Mactier, 276.
Cash, 824.
Caskey (Mc), 665.
Cass Thenowett, 819.
Cassaët, 779.
Castelltart, 562.
Cathelin, 24.
Catillon, 192.
Cavazzani, 84, 745.
Cazin, 19, 813.
Cell Bofil, 49.
Cerné, 559.
Cestan, 701.
Chabert (de), 529.
Challice Crouch, 447.
Chalmers Watson, 350.
Champeaux, 72.
Champon, 210.
Chantemesse, 520.
Charles, 535,
Charpentier, 470.
Charrier, 52.
Charter Symonds, 341.
Chassaignac, 206.
Chassal, 239.
Chassevant, 404.
Chatin, 336.
Chauffard, 89.
Chaumier, 436, 696.
Chevalier, 834.
Chevalier (M.), 440.
Chipault, 167, 417, 423.
Chipman, 195.
Christiani, 809.
Christiani (chauffard) p. 435.
Claoué, 738.
Clemm, 346, 748.
Clifford Allbutt, 845.
Clopatt, 86.
Cochez, 699.
Cohn, 742.
Coley, 496, 527.
Colin, 144, 215,
Collet, 635.
Colleville, 671.
Combemale, 355, 529, 788, 864.
Comby, 422.
Condamin, 463.
Connel, 702.
Constensoux, 597.
Contet, 468.
Cooper, 338.
Corda, 458.
Corner, 447.
Cornil, 161, 576.
Corvalan Melgaréjo, 685.
Coudray, 161, 235,
Courtade, 735.
Courtade (Denis), 24.
Courtoux, 90.
Coutts, 751.
Créquy, 336.
Crésantignes (de), 433, 372.
Crinon, 252.
Criptalli, 526,
Christiani, 339.
Croly, 271.
Crouzel, 177, 282.
Curatulo, 785.
Curioni, 275.
Cruchet, 744.
Cybulzki, 743.
Czyrnianski, 748

D

Dalché, 13.
Dalinger, 810,
Damiero, 350.
Dandois, 591.
Danlos, 409, 694, 805.
Darier (A), 35, 78.
Darkscherwitsch, 634.
Davenport, 497.
Davis, 307, 636.
Debierré, 144.
De Buck, 341.
Delachaux, 128.
Delagenière, 749.
Delbet, 26, 428, 556, 858.
Delherm, 380, 525, 851, 606, 633.
Delfosse, 593.
Delore, 669.
Demidoff, 212, 709.
Denis-Zexas, 446.
Denoyès, 196.
Deny, 719.
Derocque, 305.
Deschamps, 706.
Désesquelle, 14.
Désesquelles, 285, 806.
Desnos, 73, 137.
Dessaux, 21.
Desterrucher, 173.
Destot, 699.
Devay, 745.
Diatschenko, 666.
Diaz de la Quintana, 61.
Didsbury (H.), 238.
Diego, 322.
Dieminger, 741.
Dietrich, 31.
Dieulafoy, 520.
Dignat, 806.
Dind, 505.
Ditommasi, 779.
Dixon, 822.
Dobson, 460.
Dominici, 648.
Donath, 92.
Dor, 429.
Dorst, 857.
Douglas Graham, 384.
Dounine, 239.
Dowd, 743.
Dowden, 196.
Doyle, 271.
Dresch, 670.
Dronieio, 351.
Dubois, 288, 360.
Dubreuilh, 779.
Duclaux, 108.
Dufour, 856.
Duhot, 137.
Duhrssen, 245.
Dumarest, 847.
Dunbar, 377, 429.
Duque (M.), 172.

E

Eberlin, 101.
Eberschweiler, 269.
Ebstein, 357.
Eckstein, 447, 703.
Eddowes, 242.
Edge, 18.
Effertz, 495.
Ehrcke, 166.
Ehrenfried, 453.
Ehrhardt, 343.
Ehrmann, 491.
Eichhorst, 664.
Eiger, 158.
Einhorm, 664.
Einhorn (Max), 484.
Eiselsberg (von), 342.

Eleizegui, 772.
Elischer, 281.
Elliot, 534.
Emmert, 601.
Engee, 698.
Enriquez, 84, 396.
Ephimoff, 157.
Erb, 241.
Erdmann, 642.
Escarsell, 713.
Escat, 57, 857.
Escudero, 518.
Eulenburg, 429.
Eurell, 176.
Evans (G.), 740.
Eve, 198.
Evetzky, 673.

F

Faltin, 387.
Farez, 540.
Faure, 72, 371.
Faure (M), 597.
Feibes, 787.
Ferdinands, 349.
Féré, 271.
Ferenczi, 275.
Ferguson, 234, 494.
Fernet, 67.
Ferras, 352.
Ferrer (R. G.), 551.
Ferreri, 203.
Ferro, 817.
Fiessinger, 337.
Figueras, 671.
Filassier, 720.
Filatoff, 678.
Fisch, 450.
Fischer, 157, 411.
Fleiner, 448.
Floersheim, 54.
Florence, 674.
Floret, 753.
Floyd Willco, 495
Folet, 126.
Fonseca (C. da), 234.
Fontan, 19.
Fontoymont, 535.
Fornaca, 138, 528.
Fornaco, 91
Fort, 25.
Fournier (A), 1, 253, 289.
Fournier, 240, 352.
Fournier (H), 171.
Franck, 54.
François, 223.
Franke, 875.
Frankel, 565.
Frèche, 779.
Freesnann, 563.
Frétin, 848.
Freund, 711.
Frey, 32.
Freyer, 640.
Frioleet, 861.
Frisch, 858.
Frœlich, 162.
Fromaget, 779,
Frommer, 284.
Furniss Potter, 609.
Furst, 31, 105.
Furth, 825.
Futh (Johannès), 100.

G

Gabrilovitsch, 561.
Gaetano (de), 523.
Galcérau Granis, 33.
Galezowski, 216.
Galiana (J.), 56.
Galli, 719,
Galliot, 611.
Gallois, 265, 695, 735.
Gangolphe, 812.
Gastou, 613.
Gaucher, 95, 241, 423, 637. 856.
Gauthier, 192, 590.
Gautier (A.), 149.
Gayet, 554.
Gérard-Marchant, 461.
Gerlach, 715.
Gersuny, 88, 165.
Gibson, 87, 493.
Gilardoni, 568.
Gilbert, 666.
Girard, 741.
Given, 239.
Glass (James H.) 15.
Glaudot, 702.
Gleitsmann, 453.
Glentworth Butler, 527.
Glubovsky, 22.
Goldmann, 69.
Golovine, 276.
Goni, 309.
Gorbatscheff, 177.
Gorochoff, 592.
Gortaloff, 168.
Gosset, 445, 857.
Gottlieb, 706.
Goubareff, 603.
Gouladze, 24.
Gouly, 170.
Goundobine, 605.
Goutmann, 244.
Grasset, 240.
Graupner, 141.
Graw (mc), 50.
Greaven, 62.
Greift (de), 457.
Greyfe, 678.
Grinevitch, 208.
Guépin, 518.
Guérin, 442.
Guerken, 378.
Guibal, 864.
Guin Sutierres (H.), 100.
Guinard, 361.
Guinsbourg, 820.
Guitéras (R.), 497.
Gullan, 237.
Gunson, 242.
Guyon, 136, 181.
Gybulski, 848.

H

Hahn, 345, 375.
Halley, 202.
Hallopeau, 708, 133.
Halmi, 384.
Halstrom, 413.
Hambleton (G.), 201.
Hamdi, 320.
Hare, 705.
Harper, 130.
Harris, 484.
Harrison (R.), 64.
Hartenberg, 745.
Hartman, 856.
Haso, 787.
Hassler, 779.
Hayem, 523, 595.
Heaton (G.), 521.
Heidenhain, 341.
Heim, 29, 821.
Héloin, 427.
Hélouin, 392.
Helsted, 89.
Henderson Wicoll, 841.
Herrgott, 711.
Herscher, 666.
Herzen, 247, 719.
Hevesi, 392.
Heymann, 607.
Hiche, 635.
Hirtz, 397, 444, 448, 469, 631, 632, 777.
Hoeflmayer, 240.
Hœnigschmied, 268.
Hœssling, 612.
Hœubler, 32.
Hoffmann, 705, 519.
Hollaender, 387, 491.
Holtschmidt, 247.

Homberger, 248.
Honsell, 343.
Houzel, 417, 461.
Howell, 307.
Howitz, 127, 389.
Hubbard, 517.
Huber, 411.
Huchard, 372, 778, 806.
Hückl, 160.
Hume Henderson. 316.
Hunter Robb, 499.
Huppert, 66.
Huriez, 355.
Hurion, 679.
Hutchinson, 199, 413.
Hymmen (von), 275.

I

Iastreboff, 857.
Icasto (M. Diaz), 63.
Ieely, 844.
Illyès, 461.
Imbert, 196.
Ingelrans, 56.
Ingebrans, 808.
Isatichik, 203.
Iscwetaiff, 698.
Isidori, 672.
Isnard, 339.
Isnardi, 555.
Ivanoff, 249.
Ivanovsky, 19.

J

Jaboulay, 701.
Jackson Clarke 415.
Jacobi, 98.
Jacoby, 842.
Jaffa, 353.
Jakonb, 604.
Jakoubowsky, 813.
Jemma, 202, 316.
Jenning, 684.
Jesionek, 97.
Jessner, 205.
Joffroy, 30.
Jordan, 248.
Joseph, 825.
Joukowsky, 679, 822.
Joulia, 19.
Jounevski, 204.
Jouon, 749.
Jullien, 442, 638.

K

Kaan, 497.
Kaczvinsky, 127.
Kallistratoff, 343.
Kalnine, 715.
Kaplan, 384.
Kaschkodamoff, 374.
Kassel, 594.
Kassowitz, 410, 698.
Katicie, 673.
Katz, 459.
Kaufmann, 714.
Kazem-Bek, 809.
Keatley, 341.
Keraval, 383.
Kernigue, 629.
Kharitonoff, 708.
Kholmogoroff, 282.
Kinneir, 308.
Kionka, 31.
Kirmisson, 16, 481.
Kisch, 422.
Klein, 101.
Klemperer, 123.
Kliatschkine, 643.
Klotz, 596, 748.
Knopf, 129, 379.
Kobert, 607.
Kocher, 345.
Kœnig, 277.
Koh, 674.
Kohn, 128.
Kolbe, 540.
Kolozsvary, 786.
Konsmitzky, 206.
Kopfstein, 160.
Kopp, 825.
Korczynski, 379, 485.
Kornajewski, 606.
Kornfeld, 166.
Kossovsky, 859.
Kouarjewsky, 665.
Koudnitezeff, 639.
Kounegnisser, 751.
Kouswitzky, 239.
Kozlenko, 564.
Krafft-Ebing, 444, 529.
Kratjchencko, 489.
Krauss (W), 563.
Krebs, 285.
Kreibich, 157.
Krikortz, 347.
Kronig, 389.
Kronlein, 345.
Krug, 571.
Kuhn, 104, 249, 847.
Kummel, 307.
Kurt, 57.
Kustner (O), 138.
Kylakovsky, 206.

L

Labbé, 86, 755.
Labey, 811.
Labonne, 612.
Lacaille, 23.
Lack, 598.
Lacroix, 740.
Ladyjensky, 680.
Laffay, 266.
Laffont, 339.
Lagrange, 236, 779.
Lalli, 209.
Lambret, 481.
Lancereaux, 217.
Landau, 103.
Langlet, 456.
Lanz, 342.
Lapeyre, 169.
Laquerrière, 380, 451, 525, 633, 851.
Larat, 145.
Lardennois, 556.
Lassar, 242.
Lattey, 737.
Laubenburg, 65.
Lauder Brunton, 313, 824.
Laumonier, 792.
Lay, 599.
Laza, 677.
Lea, 524.
Lean (Angus M), 87.
Le Clerc Dandoy, 495.
Leclercq, 132.
Le Dentu, 741.
Leduc, 62, 462.
Lefay, 735.
Lefert, 828.
Leffingwell Hatsch, 93.
Le Fur, 857.
Legendre, 392, 695, 849.
Legeu, 750.
Legueu, 16, 857.
Leiser, 308.
Lejars, 98, 175, 416, 846.
Lemanski, 420.
Lenevitsch, 602.
Lenmann, 241.
Lentaigne, 271.
Léopold-Lévi, 132, 570.
Leredde, 46, 120, 277, 354, 530, 531, 636, 671, 672, 721, 793, 805, 855.
Le Roy Brown, 427.
Leslie Bernard, 161.
Leslie Roberts, 237.
Le Sourd, 316.
Lesser, 353.
Leszinsky, 15.
Le Tanneur, 320.
Leuf, 493.
Levachoff, 393.
Lévy, 213.

Shoup, 486.
Siboff, 603.
Sicard, 396, 649.
Sicherer (von), 349.
Sick, 163.
Siebourg Barmen, 66.
Siecke, 156.
Siefert, 31.
Sigurta, 857.
Silberstein, 91.
Silvestri, 814.
Simpson, 350.
Slesinger, 247.
Smidt, 569.
Smith (Eug.), 307.
Smith (Th.), 341.
Smith, 494.
Smith Burt, 419.
Sneguireff, 488.
Sobotta, 607.
Solacolu, 608.
Solovieff, 60.
Solt, 176.
Somers (L.), 202.
Sonneville, 788.
Sorel (R.), 272.
Somers 233.
Sosnowska, 750.
Soujetinoff, 418.
Souligoux, 810.
Soupault, 223, 539, 577, 621.
Souques, 848.
Southgate Leigh, 789.
Spadari, 130.
Spadaro, 51.
Spencer, 199, 340, 376.
Spencer (H.), 858.
Spingler, 128.
Spolverini, 501.
Starkoff, 559.
Stensma, 464.
Stembo, 199.
Stern, 61.
Stern (H), 412.
Sternberg, 130.
Stewart, 446, 501.
Stoicescu, 629.
Stone, 342.
Stopford Taylor, 237, 491.
Strasser, 851.
Strebel, 357.
Strœbel, 249.
Stroganof, 209.
Stroganoff, 786.
Sturmer, 273.
Sverjevsky, 599.
Swales, 490.
Swan, 271.
Syers, 486.
Symonds, 774.
Syssine, 703.

T

Tanfilieff, 551, 848.
Tarassoff, 489.
Taylor (J), 197.
Taylor, 271, 309.
Tchekhanski, 859.
Tédenat, 810.
Teleky, 128.
Tendlau, 428.
Terrien, 20, 851.
Terrier, 15, 445, 461, 482, 773.
Terson, 348.
Thébault, 713.
Theilhaber, 138.
Thellwall Thomas, 88, 701.
Theobald (S.), 853.
Theodoroff, 817.
Thévenot, 280, 742.
Thiele, 483.
Thiercelin, 757.
Thiery, 813.
Thomalla, 529.
Thomas, 274.
Thompson (W.), 494.
Thompson Campbell, 165.
Thomson, 200.
Thomson (J), 496.
Timacheff, 815.
Timireff, 738.
Tiptzeff, 709.
Tobin, 271.
Tod Gillian, 354, 499.
Tomaselli, 738.
Torlanini, 311.
Torri, 737.
Tournier, 605.
Toussaint, 196.
Tregubow, 551.
Trétrop, 412.
Triolo, 174.
Troé Barber, 313.
Trousseau, 457.
Tucker Harrisson, 535, 859.
Tunnicliffe, 131, 823.
Tuthill; 485.

U

Uhlmann, 128.
Ullmann, 393, 825.
Urso (d') 308.
Urgo (d'), 388.

V

Vadam, 735.
Valcke, 779.
Valery, 483.
Vallas, 807.
Valléja, 566.
Vaquez, 420.
Varanini, 519.
Variot, 30.
Vas, 158.
Vazquez Gomez, 277.
Veit, 604.
Veliamovitsch, 195, 747.
Vendrell, 95.
Verhoogen, 858.
Vérichinyne, 744.
Verjbitzky, 488.
Vernay, 314.
Vernieuwe, 94.
Vicars, 311.
Vicherkevitsch, 204.
Vidal, 857.
Vidal (Ed.), 27, 242.
Vigenaud, 408.
Vieillard, 288.
Villar, 781, 784, 811.
Villard, 448.
Vires, 396.
Vladimiroff, 247.
Vlaieff, 375.
Vœlker, 199.
Vorobieff, 159.
Voroschilsky, 589.
Vouzelle, 504.

W

Waldo, 535
Walker, 237.
Walker Downie, 419.
Wallace, 340.
Wallace (C. S.), 376.
Wallis, 340.
Wallis (E.), 444.
Walther, 418.
Weber, 129, 311, 694.
Weill, 29.
Weinberger, 32.
Weinlechner, 128.
Weiss, 532.
Weller van Kook, 483.
Wenckebach, 346.
Werder, 496.
Wertheim, 533.
Westley Bouvée, 498.
Wesley Bover, 500.
Wiczkowski, 711, 821.
Widal, 316.
Wiesinger, 126.
Wigner, 825.
Wild, 712.
Wilkinson Jervey, 697.
Willmond Evans, 204.
Wilson, 450.

Windscheid, 168.
Winternitz, 419.
Wolkowitsch, 245.
Wulff, 810.

Y

Yonge, 456.

Z

Zabludowski, 857.
Zanoni, 737.
Zatoloff, 601.
Zavroff, 704.
Zelensk, 568.
Zerenial, 701.
Zeuner, 387.
Ziants, 819.
Zikhatscheff, 243.
Zilgier, 53.
Zimmern, 559, 716.
Zouboff, 630.
Zuelzer, 55.

OCT 8 - 1903

41C
8/07